N° ~~48~~ 16.

RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DE L'URÈTRE

ET

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES NON GONOCOCCIQUES

(ÉTUDE CRITIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1907

PAR

Pierre CRESPIN

Né à La Roque-d'Anthéron, le 30 Juin 1879

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
23 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM MAIRET (✻)..... Doyen
SARDA..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (✻)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM RAUZIER, De ROUVILLE.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. F. BERTIN-SANS (✻).
GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.. .	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	RAUZIER, professeur adjoint
Pathologie externe.....	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....	N...
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIÈRE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT E
VIRES.	SOUBEIRAN	LAPEYRE.
VEDEL.	GUÉRIN	

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM FORGUE, *Président.*	MM. JEANBRAU, Agrégé
ESTOR, Professeur.	LAPEYRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans l Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à le auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

P. Crespin.

A Monsieur le Docteur J. ESCAT

CHARGÉ DE COURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

P. Crespin.

RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DE L'URÈTRE

ET

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES NON GONOCOCCIQUES

(ÉTUDE CRITIQUE)

INTRODUCTION

Les rétrécissements congénitaux de l'urètre, dont les echerches des anatomistes avaient depuis lort longtemps évélé l'existence, n'étaient guère admis en clinique jusqu'à es dernières années. Depuis les travaux de Bazy et de on élève Foisy, ils ont pris une place particulièrement mportante dans la pathologie urinaire, où ils constituent me entité clinique bien établie, à côté des rétrécissements raumatiques. Bien des rétrécissements de l'urètre, que es antécédents avoués des malades ne permettaient pas le rattacher à l'une ou à l'autre de ces deux dernières lasses, peuvent trouver leur explication dans l'existence l'une sténose congénitale longtemps méconnue, jusqu'au noment où l'urétrite chronique secondaire est venue comliquer et accentuer la lésion.

Cette association du rétrécissement inflammatoire au étrécissement congénital, est donc aussi naturelle que 'association de lésions inflammatoires aux lésions traumaiques. Dans le premier cas, elle est la conséquence des

rétentions urétrales qui rendent virulente la flore microbienne de l'urètre ; dans le second cas, il s'ajoute à la cause mécanique la diminution des défenses urétrales due à la cicatrice.

Mais si l'existence du rétrécissement congénital aseptique, sans urétrite sténosante associée, ne laisse place à aucun doute (les observations en sont nombreuses et indiscutables), par contre un certain nombre de rétrécissements inflammatoires non gonococciques, que nous trouvons dans les auteurs, ne peuvent être rangés sans discussion parmi les rétrécissements congénitaux méconnus.

Non seulement nous pensons, à l'encontre de l'opinion extrême de Getz (de Baltimore), que le rétrécissement blennorrhagique peut se produire sans qu'une « défectuosité congénitale » en ait préparé l'évolution, mais nous nous demandons si des rétrécissements inflammatoires non gonoccociques ne peuvent pas se développer primitivement dans l'urètre, en dehors de toute « défectuosité congénitale ». Laissant de côté le rétrécissement syphilitique du méat, consécutif au chancre, et les rétrécissements cicatriciels consécutifs aux suppurations périnéales et à la tuberculose, nous rechercherons si les urétrites non gonococciques, si nombreuses, et dont les recherches bactériologiques nous révèlent chaque jour l'existence, ne peuvent pas, à côté de leurs complications glandulaires étudiées et décrites : prostatite, vésiculite, orchite, cystite, présenter des complications sténosantes ainsi que la gonococcie. Jusqu'ici cette complication ne paraît pas avoir été isolée ; il n'en est fait mention dans aucun des auteurs qui ont eu à discuter le diagnostic des rétrécissements congénitaux. Désireux d'étudier ce dernier point, nous aurons par là même à nous occuper des rétrécissements congénitaux.

Ce travail est donc une contribution à l'étude nosologique

et clinique des rétrécissements congénitaux et des rétrécissements inflammatoires non gonococciques.

Nous étudierons dans la première partie le rétrécissement congénital pur, et nous ajouterons quelques observations nouvelles à celles qui ont été publiées au cours de ces dernières années.

Dans une deuxième partie, nous discuterons les observations de rétrécissements inflammatoires, chez les malades dans les antécédents desquels on n'aura relevé aucune trace de blennorrhagie.

Nous nous occuperons ensuite des rétrécissements dans lesquels le point de départ, inflammatoire ou congénital, gonococcique ou non gonococcique, est impossible à établir ; ces rétrécissements peuvent-ils constituer une variété de rétrécissements mixtes ? ou bien faut-il les considérer comme des cas à étiologie obscure ?

Avant d'entreprendre l'étude de la question qui fait l'objet de notre thèse, nous tenons à nous acquitter d'un agréable devoir, en remerciant notre Maître, M. le professeur Escat, de qui nous vient l'idée de ce travail dont la meilleure partie lui revient, de la bienveillance et de la sollicitude qu'il nous a témoignées au cours de ces derniers mois.

Nos Maîtres de l'Ecole et des hôpitaux de Marseille se sont acquis des droits à notre reconnaissance : qu'ils soient assurés qu'elle ne leur fera pas défaut.

Que M. le docteur F. Arnaud professeur à l'Ecole de médecine, médecin consultant des hôpitaux, et M. le docteur Ed. Michel, médecin des hôpitaux, soient assurés que nous serons toujours heureux et fier de nous dire leur élève et leur obligé.

M. le professeur Forgue nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse, un grand honneur dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

CHAPITRE PREMIER

RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX

HISTORIQUE

Si les rétrécissements congénitaux de l'urètre ne sont connus et admis que depuis peu, par contre les rétrécissements congénitaux du méat avaient, depuis fort longtemps, attiré l'attention des cliniciens. Albucasis, Chopart, puis Boyer, signalent les premiers cette malformation. Picardot, dans sa thèse inaugurale, reprend la question à un point de vue physiologique. Plus près de nous, citons les noms d'Otis, Furnaux-Jordan, Tédenat, Desnos, Dubois. Dans sa thèse inaugurale, en 1905, Eybert envisage enfin certaines complications dues à l'atrésie du méat. Voilà donc une question parfaitement étudiée par tous ces travaux successifs, dont quelques-uns fort anciens, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Mais il n'en a point été de même des sténoses congénitales de la portion rétro-balanique et de l'urètre postérieur.

Hunter, le premier, paraît les admettre : « Les strictures, dit-il, sont communes chez l'homme à beaucoup de canaux, elles se montrent quelquefois dans l'urètre sans qu'il y ait eu de maladies vénériennes ». Philips en cite quatre cas, d'ailleurs peu concluants, observés dans la pratique de Nélaton. Dans sa thèse d'agrégation en 1863, le professeur

Guyon consacre un chapitre aux rétrécissements congénitaux, et en donne la première classification. Mais en 1868, dans son traité des maladies vénériennes, Voillemier, après avoir étudié les rétrécissements du méat, ajoute que, pour ce qui est de ceux siégeant sur d'autres points, « leur existence n'a pas été complètement démontrée ». Faut-il assimiler aux sténoses congénitales ce que Thompson, dans son traité des maladies des voies urinaires, appelle les cas « d'irritabilité congénitale » ? « Il existe, dit-il, chez quelques individus une irritabilité fortement marquée des organes urinaires, survenant au début de la vie, et dont aucune explication précise ne peut être donnée, mais qui précède la formation dans l'âge adulte d'un rétrécissement. Les sujets souffrent comme des enfants d'une incontinence d'urine surtout nocturne. S'ils ont une gonorrhée, les symptômes sont plus sévères, et une stricture permanente en est ordinairement la conséquence. Cet état peut être considéré comme un état d'irritabilité congénitale du système urinaire, mais je n'ai aucune solution de cela à donner. » Il faut avouer que les symptômes des deux affections se ressemblent étrangement !

Ce n'est qu'avec Englisch que la question de l'origine congénitale de certains rétrécissements de l'urètre sort de l'ombre ; dans trois mémoires successifs parus en 1874, 1879, 1881, cet auteur donne la première étude complète de la question. De Semet ajoutera peu de choses dans son mémoire de 1880.

Malgré tous ces travaux qui ne laissaient point ignorer la malformation, il faut en arriver à ces dernières années. pour voir la question des rétrécissements congénitaux de l'urètre entrer dans le cadre des notions courantes en pathologie urinaire. « Il y a quelques temps encore, on était surpris, en trouvant un rétrécissement sur un malade qui

niait avec la dernière énergie toute blennorrhagie, toute irritation ou traumatisme du canal. On était toujours porté à sourire et à admettre, malgré les protestations du malade, qu'il avait eu la blennorrhagie, et qu'il la niait par un scrupule bizarre de son imagination. La notion de la relation entre les rétrécissements et les lésions inflammatoires du canal était en effet complètement entrée dans la pathologie, et, comme un juste hommage aux beaux travaux de l'école de Necker sur l'anatomie pathologique des rétrécissements,on ne pouvait pas croire à un rétrécissement en dehors de la blennorrhagie ou d'un traumatisme. »

Depuis 1903, nous devons aux recherches de Bazy et de ses élèves d'avoir attiré l'attention sur l'existence des rétrécissements congénitaux du canal,dont nous connaissons à présent l'histoire clinique, que Bazy ne cesse d'enrichir de faits nouveaux. Après le rapport présenté par ce chirurgien à la Société de Chirurgie de Paris, le 14 janvier 1903, à propos d'un cas de Bonnet, et l'étude qu'il publia cette même année dans la *Presse Médicale* (7 mars 1903), les communications commencent à se succéder. Reboul présente à l'Association d'urologie, en 1903, un cas typique de rétrécissement congénital bulbaire pré-membraneux. Guyon et Lancereaux publient plusieurs observations de sténoses congénitales. A la Société de chirurgie de Paris, le 17 mai 1905, Bazy rapporte trois nouveaux faits, et inspire à son élève Foisy une étude d'ensemble sur la question, où sont rapportés cent quatre cas congénitaux ou prétendus tels, enregistrés dans les classiques ou dans les auteurs. Ultérieurement, Lebreton, à l'Association française d'urologie en 1905, communique cinq cas nouveaux ; Oraison analyse deux cas observés dans le service de Pousson. La même année, dans le *Medical Newes*, Churchmann publie de nouvelles observations de rétrécisse-

ments congénitaux vrais. Citons enfin le dernier rapport de Bazy dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* (2 mai 1906), et la toute récente thèse de Lhept, de Bordeaux (juillet 1906), qui, après un historique très complet de la question, résume l'ensemble de nos connaissances sur les rétrécissements congénitaux au point de vue anatomique et clinique, et ajoute quelques observations inédites à toutes celles éparses dans la littérature médicale.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

On a proposé plusieurs classifications des rétrécissements congénitaux. Le professeur Guyon, à qui nous devons la première classification, les divise en :

1° Rétrécissements cylindriques et annulaires ;

2° Rétrécissements valvulaires.

A ces deux catégories, de Semet en ajoute une troisième : celle des rétrécissements diaphragmatiques. Enfin Bazy et Foisy la complètent par une quatrième variété : celle des brides.

Nous n'insisterons pas sur les caractères particuliers de chacun de ces groupes que leurs dénominations suffisent à définir. La question a déjà été traitée à fond (thèse de Foisy) ; aussi nous contenterons-nous des quelques détails indispensables pour l'étude clinique des rétrécissements congénitaux.

Le siège de ces rétrécissements est extrêmement variable ; on peut les rencontrer sur toute la longueur de l'urètre. Notons cependant leur fréquence au méat, surtout en ce qui concerne les rétrécissements valvulaires, que l'on trouve ordinairement à la commissure inférieure du méat, où ils présentent l'aspect de replis tendus entre les deux lèvres du méat : le fait avait, en 1823 déjà, frappé Stiebel qui dénomme cette malformation « mannliches Hymen ». Après le méat, un autre siège de prédilection est la partie la plus reculée du bulbe, ou la racine du gland au niveau du bulbe, pour les rétrécissements annulaires et diaphrag-

matiques. Quant aux rétrécissements valvulaires, ils peuvent siéger encore en de multiples points de l'urètre, dont les plus fréquents sont : la fosse naviculaire (1), et l'urètre prostatique (2).

Les rétrécissements cylindriques et annulaires présentent les plus grandes variations de longueur : tantôt simplement annulaires, comme l'indique leur nom, ils peuvent, dans certains cas exceptionnels, occuper toute la longueur de l'urètre (3) ; leur étendue moyenne est de 1 à 2 $^{c}/_{m}$. On peut dans ce cas trouver plusieurs rétrécissements de même nature répartis sur toute la longueur de l'urètre ; mais ils sont plus souvent uniques, de même que les rétrécissements diaphragmatiques. On a noté une fois la coexistence d'un rétrécissement cylindrique et d'un rétrécissement valvulaire (cas de de Semet).

Quant au calibre de ces différents rétrécissements, s'il est ordinairement très petit dans les rétrécissements diaphragmatiques qui ne présentent quelquefois qu'un très petit pertuis, il offre dans les autres classes de rétrécissements les plus grandes variations, admettant parfois les n°s 18 et 19 (dans deux observ. de Bazy), et d'autres fois laissant passer à peine un stylet à voies lacrymales (observ. de Chopart). Notons ici qu'en ce qui concerne les rétrécissements valvulaires, on observera les plus grandes différences au point de vue fonctionnel, suivant l'orientation de la concavité de la valvule, dont l'existence pourra passer inaperçue lorsqu'elle regardera vers le méat et sera refoulée vers la paroi de l'urètre pendant la miction ; mais si, au contraire, la convexité de la valvule est orientée vers le

(1) Obs. d'Englisch (In *Arch. f. Kinderheilk*, 1881. p. 302).

(2) Godard (Soc. Anat., 1854); Picard (*Gaz. méd.*, Strasbourg, 1855, p. 259); Bednar (cité par Englisch); Tolmatschew (*Id.*).

(3) Chopart (Traité mal. voies ur., p. 426); Mapather (*Brit. M. J.*, 1868, p. 311).

méat, il pourra résulter d'une semblable disposition des troubles urinaires graves, et tout à fait disproportionnés avec l'étendue de la lésion.

Les brides congénitales, qui sont d'après Otis et Getz d'une extrême fréquence, ne donnent lieu le plus souvent à aucun trouble pathologique ; ce sont alors de simples « imperfections congénitales » (Otis). Ce n'est que dans les cas où elles sont très accusées, qu'elles peuvent présenter tous les caractères des autres variétés de rétrécissements (1).

Il n'est point rare d'observer chez les sujets atteints de sténose congénitale de l'urètre, la coexistence d'autres malformations congénitales, qui seront un indice précieux pour le clinicien dans le diagnostic étiologique d'un rétrécissement. Le phimosis est la plus fréquente de ces malformations, et nous le trouvons cité dans de très nombreuses observations. Dans un cas de Englisch (2), on trouve avec un méat hypospade un rétrécissement de la portion membraneuse ; le plus souvent c'est le méat hypospade qui lui-même est rétréci (3). Enfin la dilatation congénitale de l'urètre a été maintes fois signalée (il ne s'agit ici que de celle qui siège en avant du rétrécissement, la seule dont la nature congénitale ne puisse être mise en doute).

Nous aurons à revenir, à propos des complications, sur les lésions de l'appareil urinaire consécutives au rétrécissement. Disons toutefois qu'il est habituel de trouver chez les sujets porteurs de rétrécissements congénitaux des lésions plus ou moins accentuées, de l'urètre en arrière de la sténose, de la vessie, des uretères, du bassinet, du calice, ou du rein. Parfois l'appareil urinaire tout entier se trouve profondément atteint.

(1) Getz (*Med. Record*, nov. 1894).

(2) Englisch (*Wiener med. Woschenschrift*, obs. résumée *in* thèse Foisy, n° 57).

(3) Thèse Foisy (Obs. 22 à 26).

Une question se pose ici : quelle est la cause de cette malformation ? A dire vrai, elle nous échappe encore, et l'on en est réduit à de simples conjectures ; il en est du rétrécissement congénital comme des autres malformations. Il semble toutefois que la syphilis a une influence indéniable sur la production de ces sténoses urétrales ; c'est ce qui paraît ressortir de quelques-unes des nombreuses observations recueillies par Foisy.

Quoi qu'il en soit, à la faveur de cette cause inconnue, il y a arrêt de développement (rétrécissements cylindriques, annulaires et diaphragmatiques, et occlusions complètes), ou bien au contraire il paraît y avoir exagération d'un état anatomique normal : c'est le cas des rétrécissements valvulaires. La connaissance embryologique de l'urètre explique comment, à l'aide de ces notions, on peut concevoir la formation de chacun des modes de rétrécissements congénitaux. Nous n'entrerons pas dans le détail de la question que ne comporte pas notre sujet, et que Foisy et Lhept ont traitée tout au long.

A quels signes physiques ou fonctionnels correspondent ces différentes variétés de rétrécissements ? Tel est l'objet du paragraphe suivant.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie. — Les symptômes objectifs ou les manifestations subjectives que présentent les rétrécissements congénitaux de l'urètre, étant extrêmement variables avec chaque rétrécissement, il est difficile d'en donner un tableau d'ensemble. L'âge du sujet qui rend plus apparents certains états fonctionnels et en fait passer d'autres au second plan, l'existence possible d'un passé pathologique qui fait qu'à une affection congénitale, vient se surajouter parfois un processus inflammatoire, expliquent la difficulté qu'il y a à donner une symptomatologie du rétrécissement congénital pur. Aussi nous contenterons-nous, après avoir dépouillé les observations les plus probantes, à prendre un par un les différents symptômes que nous y aurons rencontrés le plus fréquemment, et à en donner une étude succincte.

Symptômes fonctionnels. — La même division en rétrécissements larges et rétrécissements étroits qui s'applique aux rétrécissements acquis de l'urètre peut être ici conservée.

Les premiers, souvent méconnus pendant de longues années, peuvent présenter dès le jeune âge un symptôme qui nous est signalé dans de très nombreuses observations : l'incontinence nocturne d'urine. Le fait avait déjà frappé Getz : « Les strictures congénitales, dit-il, se manifestent dans le jeune âge par des troubles proportionnés à leur étendue : l'irritation vésicale, l'incontinence nocturne, la

miction goutte à goutte, le pryapisme, les habitudes sexuelles précoces, sont dans beaucoup de cas dus à cette cause. » Que d'enfants sont traités pour incontinence avec une désespérante ténacité, sans que le mal puisse être rattaché à sa cause réelle ! Il est vrai de dire que la sténose ne saurait la faire naître à elle seule, et qu'elle peut manquer dans bien des cas. « L'incontinence nocturne d'urine me paraît exiger, pour se produire, la participation d'un état nerveux particulier, qui, insuffisant pour produire à lui seul cette incontinence, la produit toutefois quand il a comme adjuvant une bride, un rétrécissement si léger soit-il. » (Bazy, Soc. de chirurgie, janvier 1903.) L'état nerveux du sujet ne joue ici que le rôle de cause seconde ; la meilleure preuve en est la guérison habituelle de certaines incontinences rebelles à tout traitement médical, par la dilatation ou la section de la sténose.

Les rétrécissements étroits, qui constituent la deuxième catégorie, présentent sensiblement les mêmes symptômes que les autres rétrécissements de l'urètre, inflammatoires ou traumatiques ; aussi ne ferons-nous ici que les énumérer sans nous y arrêter davantage. Les modifications du jet qui portent sur sa forme, sur son volume, et sur sa force de projection, ne présentent ici rien de spécial. Le nombre des mictions y est également augmenté : c'est là un signe qui, chez les enfants, doit éveiller l'attention sur la possibilité d'une stricture congénitale ; le besoin d'uriner, ordinairement impérieux, est suivi, lorsqu'il a été satisfait, d'incontinence post-mictionnelle. Les mêmes troubles de l'éjaculation sont à noter. Enfin à sa période d'état l'affection congénitale peut également se compliquer de rétention d'urine, accident qui n'est parfois que la première manifestation d'une affection longtemps ignorée, et qui, dans maintes observations, n'est apparue qu'à une époque éloignée de

la naissance (59 ans dans une observation de Loumeau) (1).

Nous avons vu dans le précédent chapitre et il n'est pas nécessaire d'y insister, que les sténoses congénitales peuvent encore se manifester comme les sténoses acquises, par certaines complications portant sur l'appareil urinaire, consistant en troubles vésicaux, dans les formes graves et avancées, avec insuffisance des contractions et réduction de la capacité vésicale, et, comme conséquence de la stagnation vésicale, dans les voies urinaires supérieures, par de l'hypertension et de l'infection.

Signes objectifs. — La simple inspection permet de diagnostiquer des rétrécissements du méat ; pour tous les autres, l'uréthroscopie serait nécessaire, mais est peu employée. Quant à la palpation, « elle ne donne aucun renseignement, si le rétrécissement est valvulaire. Il n'y a que dans le cas où le rétrécissement est cylindrique ou annulaire qu'elle peut être profitable. Il faut alors que le rétrécissement siège dans l'urètre pénien ou périnéal : on peut sentir parfois une induration sur le trajet de l'urètre, de longueur variable, ordinairement unique, mais qui peut donner la sensation de grains de chapelet si le rétrécissement est multiple » (Foisy).

L'exploration instrumentale constitue le mode d'examen le plus précieux : on aura recours soit à la bougie à boule olivaire, soit à la bougie à talon. L'instrument donnera des sensations très variables suivant la nature, la forme, et le degré du rétrécissement. Dans les rétrécissements larges, on aura l'impression d'une striction ou d'un ressaut, suivant le plus ou moins de longueur de la stricture. D'après ce que nous avons vu au sujet de leur étude anato-

(1) Loumeau. Annales de la policlinique de Bordeaux, sept. 1896.

mique, les rétrécissements valvulaires donneront lieu à des impressions très différentes suivant l'orientation de la valvule, et suivant que l'explorateur sera dirigé d'avant en arrière ou dans le sens opposé. On conçoit fort bien que, dans les cas ou la concavité de la valvule regarde vers la vessie, l'exploration avec une sonde peut faire méconnaître l'existence de la malformation congénitale.

Le rétrécissement ayant été reconnu, il y a lieu d'en préciser le siège : Bazy a beaucoup insisté là-dessus de même que sur la façon d'en faire la mensuration.

Complications.— Nous avons déjà vu, au cours de cette rapide étude, quelques-unes des complications des rétrécissements congénitaux ; la plupart d'entr'elles d'ailleurs ne présentent aucun caractère spécial : ce sont celles qui peuvent apparaître au cours de tout rétrécissement de l'urètre, de quelque nature qu'il soit.

Notons encore en passant, car nous aurons à y revenir dans une autre partie de ce travail, la transformation possible de la sténose congénitale en rétrécissement inflammatoire, que Foisy mentionne dans sa thèse. Eybert va plus loin : pour cet auteur, des rétrécissements inflammatoires purs peuvent se former chez des sujets sans antécédents urinaires, dans la portion pénienne de l'urètre, sous l'influence d'une atrésie du méat. Nous ne mentionnons cette opinion dans ce chapitre consacré aux rétrécissements congénitaux, que pour en arriver à cette conclusion : que des rétrécissements inflammatoires de la portion pénienne peuvent venir compliquer des rétrécissements congénitaux du méat. Ces différentes théories seront discutées ailleurs ; qu'il nous suffise ici de les avoir signalées.

Diagnostic. — Du diagnostic aussi nous dirons peu de choses, puisque nous aurons à en reparler. Nous avons vu,

en étudiant les symptômes des rétrécissements congénitaux, combien parfois ils sont effacés, jusqu'au jour où apparaîtront des accidents que l'on rattachera souvent à d'autres causes ; combien, dans d'autres cas, quelques signes isolés égarent l'attention du clinicien qui s'arrêtera au diagnostic d'incontinence nocturne essentielle ou d'irritabilité de la vessie.

Le diagnostic différentiel devra être fait :

1° Avec les spasmes de l'urètre, très fréquents chez les enfants, et présentant sensiblement les mêmes symptômes urinaires que les strictures congénitales ;

2° Avec les corps étrangers ou calculs ;

3° Enfin avec les rétrécissements acquis.

Rappelons, à propos de ces derniers, que l'on a observé sur de très jeunes enfants des rétrécissements inflammatoires consécutifs à une urétrite blennorrhagique ; Poynuter, Mac Nunn, Roma, en ont rapporté plusieurs cas; nous-même en avons observé un cas à la clinique des maladies des voies urinaires. La notion de l'âge ne sera donc pas suffisante pour écarter toute présomption d'antécédents inflammatoires. Rappelons également qu'il n'est pas rare, d'autre part de voir un malade ou son entourage perdre à jamais le souvenir d'un accident ou d'une chute qui aura été le point de départ d'un rétrécissement urétral. N'oublions pas, en outre, que l'on n'aura éliminé qu'une partie des rétrécissements acquis, en écartant les sténoses inflammatoires d'origine blennorrhagique, et les rétrécissements traumatiques, puisque des fièvres éruptives : rougeole et scarlatine (Lhept, Foisy), varicelle (Monié, Lebreton), ou des affections diathésiques telles que le diabète (Roy), ou encore des affections chancreuses, peuvent produire, semble-t-il, des rétrécissements de l'urètre. « Le diagnostic des rétrécissements de l'urètre peut être d'autant plus

difficile que, dans certains cas, des rétrécissements acquis peuvent se rencontrer chez de très jeunes sujets à la suite, soit de contamination blennorrhagique, soit d'urétrites survenues à la suite d'une infection comme la rougeole ou la scarlatine. » (Lebreton.)

Nous terminerons ce court paragraphe par cette phrase de Bazy : « Il faut apporter la plus grande circonspection dans l'appellation des rétrécissements, et il ne faut point appeler congénitaux des rétrécissements observés chez des malades qui nient la blennorrhagie : on trouve assez souvent, en effet, un échauffement dans leurs antécédents ».

Pronostic. — Il sera très différent, suivant que l'on aura à faire à un rétrécissement large ou étroit, ou à une oblitération totale de l'urètre. Il importe en outre de tenir compte, comme facteur de gravité, des complications précédemment étudiées sur chacune des parties de l'appareil urinaire. A côté de ces sténoses, il en est d'autres, nous en avons dit un mot et nous aurons à y revenir, qui ne se révèlent qu'après de longues années, quand elles viennent à se compliquer de rétrécissements inflammatoires.

Traitement.—Dilatation, uréthrotomie interne ou externe, voilà les moyens de recalibrer un urètre atteint d'un ou de plusieurs rétrécissements congénitaux ; c'est dire que leur traitement ne diffère en rien de celui que l'on applique aux rétrécissements acquis. La dilatation sera préférée toutes les fois que l'on sera en droit d'attendre d'elle un résultat appréciable. Mais on aura recours à l'uréthrotomie interne dans les sténoses qui résistent à la dilatation. Quant à l'uréthrotomie externe, elle tire ses applications de l'existence de certaines complications, telles que la périurétrite. ou la présence d'un calcul ; elle sera particulièrement indiquée dans les rétrécissements infranchissables.

CHAPITRE II

§. 1er. — DES URÉTRITES NON GONOCOCCIQUES

Avant de rechercher si, à côté des rétrécissements inflammatoires gonococciques, on ne pourra point établir une classe de rétrécissements inflammatoires simples, consécutifs à des infections urétrales non gonococciques, il importe de dire quelques mots de ces urétrites.

Il n'en était point question avant 1884, depuis que Neisser avait, cinq ans auparavant, découvert le gonocoque ; et l'idée qu'une seule espèce microbienne était la cause de l'urétrite blennorrhagique était universellement admise. Mais, en 1884, Bokhart, Aubert, signalèrent dans l'écoulement de l'urètre des micro-organismes autres que le gonocoque. Depuis, différents auteurs ont rapporté des faits du même genre présentant des garanties suffisantes d'authenticité.

Mais si leur existence n'est pas contestée, il faut reconnaître encore le désaccord des auteurs touchant leur fréquence, leur mécanisme, leurs variétés. Aussi leur classification est-elle difficile. C'est ainsi que Legrain les divise en deux catégories suivant qu'elles sont dues au coït ou qu'elles surviennent sans rapports ; qu'Audry les classe en chimiques, diathésiques, traumatiques, vénériennes ; que Faitout, Guiard, les divisent en urétrites de cause externe et de cause interne; que Barbellion les groupe en infections sapro-

phytiques primitives, mixtes, secondaires ou post-gonococciques ; que Noguès les répartit en urétrites microbiennes et urétrites non microbiennes. En somme, la question est des plus complexes.

Toutes les causes pathologiques ont été tour à tour admises dans la production de ces urétrites, et tous les modes de contagion adoptés ou rejetés. On a cité des cas d'urétrites typhiques et grippales, ourliennes et tuberculeuses. Le rhumatisme et la goutte ont joui d'une faveur exceptionnelle dans cette pathogénie,et à lire certains auteurs, l'existence de l'urétrite rhumatismale ou goutteuse serait un fait établi. Cette opinion paraît un peu prématurée, les observations d'urétrites rhumatismales parues jusqu'à ce jour manquant de détails. Il en est un peu de même des urétrites goutteuses, dont Guiard avait jadis signalé l'existence.

Celle des affections diathésiques dont l'action sur l'urètre paraît la moins discutable est l'herpétisme ; mais il ne faut pas oublier que si l'herpès est assimilable à une maladie générale, il a des manifestations locales qui affectionnent particulièrement les organes génitaux. « Ce qui est hors de contestation, c'est que certains écoulements ne reconnaissant aucune des causes habituelles, coïncident avec l'apparition de vésicules herpétiques sur le prépuce et le gland, et, chez certains malades, en écartant les lèvres du méat, on peut constater la présence de petites ulcérations à bords festonnés, ayant tous les caractères d'une éruption de même nature. » (Noguès.) Le professeur Fournier en a longuement décrit tous les symptômes dans une série de leçons (1).

Plus discutées encore sont les urétrites *ab ingestis* : il faut être bien sûr du passé de son malade pour n'y point voir le

(1) Fournier. L'herpès (*Gazette médicale de Paris*, 21 mars 1896, p. 129).

réveil de reliquats blennorrhagiques. « En dépit du mot allemand « Biertripper », la bière ne fait point suppurer les urètres sains, non plus que les écrevisses, les asperges, le cresson, la moutarde, les épices, ni le vin antiscorbutique. » (Forgue.)

Mais à côté de toutes ces formes existe-t-il des urétrites non gonococciques, des urétrites vénériennes non gonococciques, aiguës et primitives , pouvant se développer chez des individus vierges de tout passé urinaire ? Oui, sans doute, et leur existence en serait démontrée plus souvent, si on procédait à un examen systématique de toutes les sécrétions urétrales aiguës.

Forgue les divise en urétrites par auto-infection et urétrites par hétéro-infection. Les premières, ou urétrites non microbiennes de Noguès, sont celles pour lesquelles Diday a créé le mot de blennorrhoïde, lequel correspond au terme plus banal mais plus expressif d'échauffement, d'un emploi si courant parmi les malades. Elles sont dues à l'exaltation de virulence, sous une cause adjuvante souvent insignifiante, des bactéries saprophytes et des microbes pyogènes vivant dans l'urètre sain, et dont Lustgarten et Mannaberg, Legrain, Steinschneider et Galewsky, Petit et Wassermann ont décrit de si nombreuses variétés.

Dans les autres urétrites, urétrites microbiennes de Noguès, dont Bokhart a fourni les premières observations probantes, les parasites qui y ont été rencontrés sont très variables. Ce sont tantôt des bactéries et cocci (Aubert), tantôt un micrococcus cereus albus (Legrain), tantôt des diplocoques plus gros que le gonocoque (Rauzier), ou le staphylocoque (Malherbe), ou encore l'entérocoque de Thiercelin; le coli-bacille, qui semble devenir, lui aussi, « un microbe à tout faire », est cité dans plusieurs observations comme ayant été l'agent primitif de l'infection. Bokhart a

isolé, cultivé et inoculé avec succès à un sujet sain de petits diplocoques et des streptocoques variables. Janet enfin a trouvé une petite bactérie et un diplocoque de forme spéciale.

Les symptômes auxquels donnent lieu ces urétrites sont extrêmement variables. L'incubation serait généralement abrégée. Cependant, dans plusieurs observations récentes, elle se prolonge jusqu'à deux, trois semaines (Porosz). Pour certains auteurs, la sécrétion est habituellement grisâtre et non pas jaune verdâtre, la réaction inflammatoire médiocre, et les phénomènes subjectifs peu marqués. Mais, si parfois leur durée est moindre que celle de la blennorrhagie, il en est qui sont d'une désespérante ténacité, contre laquelle échouent tous les traitements.

On ne pourra donc, d'après aucun de leurs caractères cliniques, en faire le diagnostic : seul l'examen bactériologique donnera une certitude ; encore faudra-t-il faire la part de toutes les causes d'erreur qui peuvent intervenir. « On sait que dans l'évolution d'une blennorrhagie, il faut distinguer trois phases : la phase gonococcique, la phase microbienne sans gonocoques, la phase amicrobienne. Un écoulement examiné à l'une ou à l'autre de ces deux dernières phases risque d'être interprété comme une urétrite non gonococcique, et l'erreur a dû souvent se commettre. Nous savons encore qu'il est des blennorrhagies vraies à incubation retardée, autre cause d'erreur. Enfin, il faut compter avec le microbisme latent : à un premier examen. vous avez constaté l'absence du gonocoque ; vous ne devez point admettre ce résultat sans contrôle ; instillez quelques gouttes de nitrate d'argent au 100e ; dès le lendemain le gonocoque repullule et la pyogénèse recommence. Cette réaction suppurative que le sublimé ou le nitrate d'argent provoquent, un écart de régime, une fatigue

d'érection ou de coït peuvent la produire, dans un canal où l'infection gonococcique est demeurée latente, soit à la faveur de phénomènes congestifs au niveau de la muqueuse, soit grâce à une propriété irritante des urines. Donc pour démontrer que des bactéries autres que le gonocoque peuvent faire suppurer le canal et créer une urétrite cliniquement comparable à la blennorrhagie, ce qui est important au point de vue prophylactique, médico-légal et thérapeutique, — il est logique de ne s'appuyer que sur l'observation d'urétrites aiguës, évoluant chez des sujets indemnes de toute atteinte blennorrhagique antérieure et contrôlées par la double épreuve de l'examen microscopique et des cultures. » (Forgue.)

---

§ 2. — COMPLICATIONS

Y a-t-il des rétrécissements inflammatoires non gonococciques?

Les urétrites non gonococciques, bien qu'elles aient une moins grande tendance à l'extension que les urétrites à gonocoques, peuvent cependant se propager à la totalité de l'urètre, et présenter certaines complications de la blennorrhagie. Une opinion, qui jouit d'une faveur assez générale, veut que les complications habituelles de la chaudepisse soient sous la dépendance immédiate de l'infection gonococcique et ne puissent pas s'observer en dehors d'elle. Il n'en est rien. Non seulement le gonocoque ne crée point ces complications qui sont habituellement le fait d'infections secondaires dues à d'autres microbes, mais encore il ne semble pas qu'il soit nécessaire pour préparer la voie à ces complications.

On a rapporté des faits assez nombreux d'orchites, d'épididymites, de vésiculites survenues à la suite d'une de ces urétrites primitives non gonococciques, chez des sujets indemnes de tout antécédent inflammatoire ou traumatique (cas de Monod, de Vanverts et Macaigne, de Porosz, etc.).

La prostatite est signalée dans mainte observation dans des conditions analogues. Hogge note la participation précoce et concomitante de la prostate dans les urétrites non gonococciques ; pour lui, cette participation est « tout au moins très fréquente ». Toutes les influences qui congestion-

nent la prostate semblent ici jouer un rôle, comme les irritations mécaniques prolongées exercées sur le périnée (cyclisme), comme aussi les érections prolongées, particulièrement chez les hémorroïdaires et les constipés. Certaines tares constitutionnelles, telles que la syphilis, l'arthritisme, l'alcoolisme, paraissent intervenir par les troubles vasculaires qui les caractérisent et par l'artériosclérose qu'elles engendrent généralement. Pour cet auteur, la plupart des urétrites primitives non gonococciques se compliquent de prostatite. « Ce qui milite en faveur de cette conjecture, c'est que dans beaucoup d'observations l'urétrite non gonococcique s'est compliquée d'épididymite. Or, on sait que la prostatite précède ordinairement la funiculite et l'épididymite. »

Pour le rhumatisme, la chose est plus discutable, les faits connus jusqu'à présent ne sont pas tout à fait probants : dans quelques observations, placées sous la rubrique d'urétrites rhumatismales, peut-être a-t-on pris l'effet pour la cause, et a-t-on placé le point de départ dans des manifestations articulaires qui n'étaient en réalité que secondaires. En tous cas, nous ne voyons pas ce que l'hypothèse de phénomènes articulaires, au cours d'une infection non gonococcique, aurait d'irrationnel : ne les observe-t-on pas en dehors des maladies graves, et ne viennent-ils pas compliquer parfois certaines affections légères, comme les angines par exemple.

Observe-t-on à la suite de ces urétrites, comme après certaines blennorrhagies, des complications urétrales, tendant à la diminution permanente du calibre du canal ? Le professeur Guyon est très catégorique sur ce point :

« Les malades, dit-il, qui n'ont jamais eu de chaudepisse, qui n'ont jamais été atteints de traumatismes de la région périnéale ou du bassin, ne peuvent avoir de rétrécissements»,

et plus loin : « Nous vous disions, il y a un instant, qu'un malade qui n'a pas eu de blennorrhagie et qui n'a pas subi de traumatisme ne peut pas avoir de rétrécissement. Il n'y a aucun droit, parce qu'il n'est pas sous l'influence des deux grandes causes qui les déterminent..... Les rétrécissements sont toujours blennorrhagiques, traumatiques ou cicatriciels, et les rétrécissements qu'on attribue à la masturbation ne se rencontrent que lorsqu'il y a urétrite manifeste. Il faut donc pour qu'ils se produisent, que le malade ait eu la chaudepisse, qu'il ait subi un traumatisme de l'urètre par coup, chute ou pendant le coït, ou qu'il soit porteur d'une cicatrice chancreuse. Quand un malade ne vous accuse aucune de ces trois causes générales, soyez parfaitement certains qu'il n'a pas de rétrécissement, ou, s'il en a, admettez sans hésitation qu'il vous a trompés. »

La réponse est nette et semble ne pas admettre de réplique. Sans doute « les urétrites non gonococciques sont des urétrites glandulaires qui ne touchent pas le tissu spongieux comme la blennorrhagie ; elles ne se compliquent pas de thrombo-phlébite (cordée) source de sténoses » (Escat). Mais si c'est là la règle, n'en vit-on point se compliquer de rétrécissement à plus ou moins longue échéance ? Voyons quelle est sur ce point l'opinion des classiques et des auteurs.

Si Guyon rejette les urétrites non gonococciques de l'étiologie des rétrécissements, Albarran et Legueu les admettent :

« Les urétrites microbiennes non gonococciques donnent rarement lieu à des rétrécissements urétraux, parce que les lésions qu'elles déterminent sont généralement superficielles, n'atteignant guère que la muqueuse : ces urétrites guérissent d'habitude assez facilement, lorsque la cause irritative qui les entretient disparaît. Dans certains cas pour-

tant, elles persistent assez longtemps pour déterminer des rétrécissements vrais, soit que l'inflammation chronique agisse seule, soit que l'urétrite s'accompagne de certaines complications qui peuvent elles-mêmes engendrer la sclérose. L'inflammation de la partie antérieure de l'urètre, consécutive à la balano-posthite, peut être cause de rétrécissement de l'urètre. Souvent dans ces cas le méat seul est rétréci ; parfois la sténose s'étend aux premiers centimètres du canal. Bangs (1) et Hottinger (2) ont de nouveau, dans ces derniers temps, appelé l'attention sur ces faits bien connus. »

La question des rétrécissements acquis inflammatoires non gonococciques du méat et de l'urètre antérieur est la moins controversée, et de nombreux auteurs se sont attachés à démontrer leur existence. Jaboulay (*in* thèse Nicolas, sur une variété peu connue de rétrécissement pénien), s'exprime ainsi : « Il existe un rétrécissement particulier de l'urètre, qui se produit sans blennorrhagie ni traumatisme, chez les sujets qui sont porteurs d'un phimosis ou d'un rétrécissement du méat, soit congénital, soit acquis. Ce rétrécissement se distingue des autres coarctations de l'urètre par son siège spécial ; il commence au méat et s'étend plus ou moins dans le canal, en rendant ses parois dures et rigides. Cette stricture reconnaît pour cause l'irritation et l'inflammation chronique causées par la gêne de l'émission des urines ou la balanite, inflammation qui, de l'orifice externe du canal, se propage à la muqueuse de l'urètre et y produit des lésions qui se manifestent par de la douleur, de l'urétrite et plus tard par un rétrécissement. »

Dans sa thèse sur les rétrécissements du méat et de la

(1) Bangs (*N.-Y. Med. Record*, 1897, p. 505).

(2) Hottinger (*Centralblatt f. Harn. u. Sexual. Organe*, 1897, p. 524).

portion balanique de l'urètre, Roy signale, comme cause de certains rétrécissements acquis du méat, les ulcérations dues à la fermentation du sucre urinaire chez les diabétiques. Le passage fréquent d'une urine chargée de sucre détermine de l'irritation et de la rougeur autour du méat. De plus, les fermentations alcooliques, lactiques, butyriques du sucre urinaire peuvent amener l'ulcération de cet orifice. Sans qu'il y ait ulcération préalable, le méat peut être rétréci par l'inflammation scléreuse. Trois fois Tédenat a observé chez des diabétiques indemnes de tout antécédent blennorrhagique des rétrécissements cicatriels très étroits du méat et de la fosse naviculaire.

Le même grief sera fait au diabète quelques années plus tard par Dubois, qui s'exprime ainsi au sujet des rétrécissements acquis du méat : « On observe fréquemment, chez des individus malpropres, ou chez des sujets atteints d'un degré plus ou moins accentué de phimosis, l'inflammation des muqueuses du gland et du prépuce, due à l'irritation causée par l'accumulation du smegma preputialis, ou la stagnation de quelques gouttes d'urine attardées dans un prépuce trop étroit. Le développement de certaines espèces de microbes saprophytes n'est sans doute pas étranger à la genèse de ces balano-posthites à répétition, qui s'accompagnent d'érosions, d'ulcérations plus ou moins étendues, n'épargnant pas le méat qui, dans ces cas, est toujours enflammé, rouge, d'aspect érosif, toutes conditions qui favorisent la sténose ultérieure de l'orifice. Chez les diabétiques, on a décrit sous le nom de « diabétides génitales » des lésions semblables à celles dont nous parlons. Outre la balano-posthite, il y a presque toujours chez eux de l'urétrite chronique simulant la gonorrhée. Il existe de plus un prurit qui force les malades à se gratter ; il en résulte des lésions continuellement irritées par le grattage et aussi

par les produits acides résultant de la fermentation d'une urine trop chargée de sucre. Des ulcères chroniques se forment, qui, lorsqu'ils siègent au méat, en compromettent les dimensions. » Il est à remarquer que la plupart des rétrécissements du méat siègent au niveau de la commissure inférieure.

Dans une récente étude qui constitue le sujet de sa thèse inaugurale, Eybert cherche à établir qu'il existe une variété de rétrécissements inflammatoires non gonococciques, siégeant à la portion pénienne, et nés sous l'influence de l'atrésie du méat coïncidant ou non avec un phimosis, chez des sujets sans antécédents blennorrhagiques ou traumatiques. La gêne apportée à l'émission des urines par une semblable disposition, congénitale ou acquise, joue le rôle de cause mécanique, à la faveur de laquelle l'urine, distendant l'urètre en arrière de la sténose, le dilate et par sa stagnation permet le développement et la pénétration bactérienne. L'épaississement de la paroi et la formation à ce niveau d'un rétrécissement seront la conséquence de ce processus inflammatoire lent et continu.

Tous les auteurs n'admettent pas ces conclusions ; c'est ainsi que Lhept adopte comme rétrécissements congénitaux les cas rapportés par Eybert. La chose pourrait, à la rigueur se soutenir dans les cas observés chez des sujets atteints de phimosis congénital ou d'atrésie congénitale du méat : chez ceux-là la présence d'une malformation congénitale visible peut éveiller l'attention sur la possibilité d'une deuxième malformation. Et encore dans ce cas, ne semble-t-il pas que l'on aurait à faire plutôt à une variété de rétrécissements mixtes ? La preuve en est plus difficile quand on se trouve en présence d'une affection acquise, chez un sujet indemne de toute blennorrhagie : il y a tout lieu alors de penser qu'il s'agit bien là d'une sténose due à une inflammation banale.

Moins nombreux encore sont les arguments qui ont été fournis en faveur de l'existence de rétrécissements inflammatoires non gonococciques de l'urètre postérieur. Nous avons cité précédemment l'opinion d'Albarran et Legueu, qui paraissent les admettre sur toute la longueur du canal. Dans la thèse déjà signalée de Dubois, nous trouvons cette citation très affirmative : « ..... Outre la blennorrhagie, les urétrites chroniques, même aseptiques, peuvent occasionner des rétrécissements. On connaît la ténacité de certains écoulements rebelles à tout traitement. Ils n'en sont pas moins capables de provoquer, par l'irritation prolongée des produits de l'écoulement, un processus lent d'épaississement de la muqueuse et la formation de tissu inodulaire amenant l'atrésie soit du canal, soit de son orifice. » Mais cette affirmation, qui n'est suivie d'aucune observation de rétrécissement de l'urètre postérieur, perd par cela même de sa valeur.

Elle perd de sa valeur aussi chez les vieux classiques qui, ignorant la spécificité de la blennorrhagie d'une part, négligeant d'autre part trop souvent de faire le diagnostic clinique avec les rétrécissements congénitaux mis en lumière depuis trop peu de temps, doivent être tenus pour suspects de faire, dans l'étiologie des rétrécissements de l'urètre, une trop grande place à l'urétrite qui, dans la grande majorité des cas, devait être d'origine gonococcique. Cela limite singulièrement notre champ d'exploration.

Signalons parmi les dernières observations parues celles de Le Für, chez qui, dans un article consacré aux rétrécissements de l'urètre postérieur, nous relevons cette phrase : « Les rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur succèdent ordinairement à la blennorrhagie, mais ils peuvent succéder à des urétrites ou prostatites primitives non gonococciques ; le siège de ces rétrécissements est variable

ainsi que leur étendue. Lorsqu'ils succèdent à l'ouverture d'un abcès dans l'urètre, ils sont ordinairement localisés à la paroi inférieure, et affectent la forme d'une bride transversale, ou d'un croissant, ou d'une saillie limitée... »

Nous avons résumé, à la suite de cette étude, les deux observations très complètes sur lesquelles Le Für base son assertion. Chez l'un de ces malades, il s'agit d'une urétro-prostatite survenue quelques années auparavant ; l'examen de l'écoulement, fait dans les meilleures conditions, a toujours permis de constater l'absence de gonocoques ; on note à 2 $^{c}/_{m}$ du sphincter un rétrécissement accessible seulement à une boule 16. Dans un deuxième cas, chez un urétro-prostatique, l'explorateur révèle un anneau de la région bulbaire et un rétrécissement près du sphincter. Si nous ajoutons que chez aucun de ces deux malades on ne trouve d'antécédents vénériens, que l'exploration de l'urètre pratiquée une première fois chez l'un d'eux avait été négative, ce qui permet d'éliminer sûrement dans ce cas l'hypothèse de rétrécissement congénital, nous en arrivons à cette conclusion que nous devons là nous trouver en présence de rétrécissements purement inflammatoires, sans qu'on puisse davantage en préciser la nature.

Dans un article sur les urétrites aiguës non gonococciques, Vannod (de Berne) cite le cas d'un malade qui eut plusieurs écoulements sans gonocoques, et dont le canal présente à la partie membraneuse un certain degré de stricture. Il semble que le streptocoque puisse être incriminé dans la production de sténoses urétrales : Paquet a observé un léger rétrécissement chez un malade atteint d'une urétrite à streptocoques purs ; faut-il lui en attribuer l'effet ?

A ces observations, nous en ajouterons quelques-unes de Keyes, extraites d'une série d'observations de rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur. Chez quelques-

uns de ces malades, on ne trouve aucune trace de blennorrhagie dans les antécédents. D'ailleurs ces rétrécissements ne diffèrent en rien des autres rétrécissements inflammatoires : « Ils sont variables comme dureté, parfois mous et friables, et parfois fibreux et durs comme du cuir, et sans doute ces différences sont dues à l'âge et à l'intensité de l'inflammation. Ils sont variables comme situation, et peuvent être limités à l'urètre membraneux, ou s'étendre à tout l'urètre postérieur, ou bien se confiner exclusivement à l'urètre prostatique et au col de la vessie. » (Keyes.)

Précédemment, à propos du diagnostic des rétrécissements congénitaux, nous avons dit que parfois des fièvres éruptives avaient été incriminées dans la genèse des rétrécissements urétraux, et nous citions le cas d'urétrites survenues au cours de scarlatines ou de rougeoles, et suivies de sténoses. Lebreton a écrit quelque part à propos de ces infections : « Les maladies éruptives peuvent amener un énanthème urétral suffisant pour donner lieu plus tard à un rétrécissement, qui sera dès lors un rétrécissement acquis de l'enfance. » Nous croyons devoir citer, à l'appui de cette assertion, une récente observation de Monié que nous classerons à la suite des autres : celle d'un enfant de 5 ans atteint de rétrécissement de l'urètre à la suite d'une varicelle. Elle peut paraître discutable ; peut-être objecterait-on qu'elle a un caractère de congénitalité, que le fait que la sténose s'est manifestée au cours d'une infection peut seulement prouver qu'il y a eu inflammation surajoutée, sans que pour cela elle cesse d'être purement congénitale. Ces cas-là ne sont pas rares, et nous en avons rapporté un d'inédit. Mais ici, après les premiers troubles de la miction qui cessèrent avec la guérison, il y eut recrudescence des symptômes qui s'accentuent jusqu'à production d'une première, puis d'une deuxième crise de rétention qui ne cède qu'à l'urétrotomie.

Plusieurs observations inédites, que notre Maître, M. Escat, a bien voulu nous communiquer, trouveront place à la suite de celles que nous venons de discuter. Démontrent-elles d'une façon péremptoire l'existence des sténoses inflammatoires non gonococciques ? Deux de ces malades reconnaissent avoir eu une blennorrhagie, l'un d'eux cinquante ans auparavant. Est-elle la cause de l'atrésie de leur méat ? Cela paraît bien improbable, car, non seulement c'est là une localisation rare des rétrécissements blennorrhagiques, mais encore l'un de ces malades assure que, jusqu'à l'année précédente, son jet est resté large et droit. Dans l'observation XXI, avons-nous à faire à un rétrécissement congénital ou inflammatoire ? Il ne paraît pas y avoir de doute pour le rétrécissement périnéo-bulbaire, qui semble dû à l'urétrite chronique, et entre dans le cadre des rétrécissements inflammatoires non gonococciques; mais en ce qui concerne celui du méat, l'objection a été prévue, et nous laisserons un point d'interrogation : il est des cas où la conclusion n'est pas possible.

La longue durée de certains écoulements urétraux ne pourrait-elle pas trouver une explication dans l'existence de rétrécissements en train d'évoluer, et qui, après en être résultés, deviendraient la cause de ces urétrites prolongées ? La persistance de l'écoulement entraîne des lésions anatomiques qui entretiennent l'urétrite. Ceci ne revient pas à dire que toutes ces urétrites soient symptomatiques d'un rétrécissement, au sens clinique du mot : il faut plusieurs années à la sténose inflammatoire pour évoluer et se manifester par son cortège habituel de symptômes. Mais le rétrécissement peut exister à l'état larvé ; il peut n'amener aucun symptôme, le calibre du canal peut n'être pas suffisamment modifié pour imprimer une sensation à la boule, et cependant la lésion anatomique capable de lui donner nais-

sance peut être déjà constituée. Le sujet serait en quelque sorte en puissance de rétrécissement.

On a beaucoup écrit sur les urétrites non gonococciques primitivement blennorrhagiques, et sur l'évolution de leurs lésions (1); pour certains auteurs, elles seraient dues au passage, même très ancien, du gonocoque. Ce n'est là qu'une supposition, car rien ne prouve que le gonocoque soit indispensable pour préparer la voie aux sténoses ultérieures.

Il est des urétrites où l'investigation microscopique a toujours démontré l'absence du gonocoque ; longues et tenaces, elles résistent à toute sorte de traitements médicamenteux. Ne pourrait-on pas leur rapporter ce qui a été dit des vieilles urétrites blennorrhagiques, et en particulier les conclusions de Hallé et Wassermann sur l'urétrite chronique et le rétrécissement, montrant que cette lésion qui perpétue l'urétrite peut être considérée comme le stade tout à fait initial du rétrécissement ; en d'autres termes qu'urétrite chronique et rétrécissement sont les degrés différents d'un même processus anatomique, la sclérose urétrale, et qu'il n'y a entre eux qu'une différence d'âge et d'évolution ? Et cela serait vrai pour toutes les urétrites.

L'examen histologique peut seul mettre en lumière cette proche parenté de l'urétrite chronique et du rétrécissement : il a été pratiqué dans l'une des observations de Le Für, que

(1) Neelsen.— Ueber einige histologische Veranderungen in der Chronisch Entzundenten mannlichen urethra (*Vierterj. f. Derm. u. Syph.*, Bd XIV, Heft IV, 1887).

Vajda. — Ueber einige seltene Befunde bei die chronischen Blennorrhoe der mannlichen Harnrohre (*Wien. Med Woch.*, 1882).

Baraban.— Sur les modifications épithéliales de l'urètre après la blennorrhagie chez l'homme (*Rev. méd. Est*, juin 1870).

Hallé et Wassermann.— Urétrite chronique et rétrécissement (Ann. gén. urin. 1894, p. 231).

nous avons rapportée à la fin de cette thèse. En voici les conclusions :

Examen des sécrétions urétrales :

1° Très nombreux leucocytes polynucléaires ;

2° Nombreuses cellules épithéliales :

a) les formes polygonales plates dominent,

b) quelques fusiformes,

c) quelques cellules cubiques le plus souvent réunies en petits groupes de deux à quatre éléments,

d) formes arrondies très rares.

Nous n'entrerons pas dans le détail des discussions auxquelles a donné lieu l'anatomie pathologique des rétrécissements. Nous nous bornerons à rapprocher de l'observation que nous venons de citer, la conclusion que l'on peut tirer des travaux auxquels nous venons de faire allusion. C'est que « tout écoulement, contenant, soit des cellules épithéliales polygonales ou cubiques, soit des cellules cornées, doit faire penser à la possibilité d'un rétrécissement » (Noguès).

CHAPITRE III

Nous avons fait allusion au début de cette étude à une variété de rétrécissements mixtes, c'est-à-dire de sténoses congénitales qui se compliqueraient au point même où elles se produisent, de rétrécissements inflammatoires. Existent-ils ? Sous cette dénomination, nous ne comprenons pas les rétrécissements congénitaux qui se manifestent au cours d'une infection, alors qu'il y a inflammation surajoutée ; nous en rapportons un cas de ce genre. Il ne s'agit là nullement d'un rétrécissement mixte, mais bien d'un rétrécissement congénital pur : un rétrécissement inflammatoire ne saurait se constituer en quelques jours.

Il paraît rationnel d'admettre l'existence des rétrécissements mixtes, dont la raison d'être découle tout naturellement de l'existence des rétrécissements congénitaux, qui est indiscutable, et du processus inflammatoire qui vient s'y surajouter au cours de certains états pathologiques ; celui-ci, insuffisant peut-être dans certains cas pour créer à lui seul des lésions sténosantes de l'urètre, trouverait, dans un urètre rétréci par une malformation congénitale, toutes conditions favorables à l'évolution d'une stricture inflammatoire qui viendrait se surajouter à la sténose congénitale. Mais si l'existence de ces rétrécissements mixtes est logique, par contre leur preuve clinique n'est nullement aisée à fournir ; bien des observations peuvent y faire songer, sans

que l'on puisse, dans la majorité des cas, affirmer la dualité d'origine.

Quelle est à ce sujet l'opinion des auteurs ?

Getz (de Baltimore), dans un des différents articles qu'il a consacrés à l'étude des rétrécissements congénitaux, dont il est un des partisans les plus convaincus, a dit : « Il semble que les rétrécissements congénitaux créent une prédisposition fâcheuse, et puissent augmenter sous l'influence de causes insignifiantes pour des canaux normaux.» Cela paraît logique, et c'est cette évolution du rétrécissement congénital, sous l'influence d'une infection variable, qui aboutit au rétrécissement mixte.

Bazy et Foisy sont du même avis : « Nous pensons que le rétrécissement congénital est capable d'un développement et d'un accroissement progressif, sous l'influence d'accidents inflammatoires. L'urètre antérieur contient, à l'état normal, de nombreux microbes non pathogènes, mais qui, sous l'influence de causes diverses, sont capables de devenir virulents ; or, la stagnation urinaire, due au rétrécissement, est une cause éminemment favorable à l'infection urinaire. Sitôt que les urines ne sont plus aseptiques, elles viennent irriter la sténose congénitale et la transformer en rétrécissement inflammatoire. Les rétrécissements cylindriques résistent bien moins aux atteintes de l'infection que les rétrécissements valvulaires. Dans plusieurs cas, ces derniers sont restés souples et d'apparence normale, malgré une inflammation aiguë de l'urètre. »

Tout cela est parfaitement exact, il n'y aurait qu'un mot à y changer : un rétrécissement congénital ne peut cesser de l'être sous l'effet d'un processus inflammatoire prolongé en devenant rétrécissement inflammatoire. Adoptons donc le mot de rétrécissement mixte qui paraît convenir à ces sortes de cas.

De même, nous nous rallions volontiers à l'opinion de Getz, quand il ajoute que fréquemment, dans l'urètre, il existerait de très légères strictures congénitales qui passeraient inaperçues, mais constitueraient pour l'avenir une prédisposition fâcheuse. Chez les individus possédant de tels urètres, on verrait, en effet, la blennorrhagie et même de simples irritations de la muqueuse, comme celles produites par la masturbation, par le passage d'une urine pathologique, déterminer la production d'un rétrécissement, tandis que les porteurs d'urètres bien conformés échapperaient pour la plupart à cette complication. Il y a évidemment de l'exagération dans ces dernières lignes. Il peut sembler difficile à admettre que de si petites causes, ajoutées à de très légères malformations congénitales qui eussent passé inaperçues, puissent produire des rétrécissements vrais. On peut seulement admettre que ces petites causes d'irritations déterminant un très léger degré d'urétrite, la défectuosité congénitale qui, jusque-là, était insoupçonnée ne vienne à se manifester par quelques symptômes, comme c'est le cas de notre jeune typhique (obs. 13). Il n'y a, dans aucun de ces cas, rétrécissement inflammatoire surajouté. Mais, exagération à part, il y a du vrai dans cette affirmation.

Bazy et Foisy sont d'avis que lorsqu'une blennorrhagie aboutit, après quelques mois, à un rétrécissement, on doit admettre la possibilité d'un rétrécissement congénital préexistant qui, jusque-là, ne s'était manifesté par aucun trouble ; car « la gonorrhée ne saurait produire, dans un laps de temps aussi restreint, des sténoses aussi marquées ». Ne pourrait-on pas rapporter ces conclusions à certaines variétés d'urétrites non gonococciques ?

Getz va plus loin : « Si l'urètre est normalement développé de bout en bout et libre de tout rétrécissement,

j'affirme que si un tel urètre est infecté par la gonorrhée (la plus redoutable de toutes ces infections locales), l'affection sera légère, et disparaîtra dans un temps normal sans léser l'urètre ni lui causer de dommages ». Ce qui revient à dire qu'il y a des rétrécissements mixtes, et qu'il n'y a que des rétrécissements mixtes, à côté des sténoses d'origine traumatiques, puisque tous ou presque tous les rétrécissements congénitaux deviennent aussi inflammatoires,et que les plus vives infections locales ne peuvent, en l'absence de rétrécissements congénitaux, créer de rétrécissements inflammatoires purs, gonococciques ou non gonococciques. Nous ne suivrons pas l'auteur jusqu'à ces conclusions hardies.

De toute cette discussion, nous retiendrons ce fait, qu'il paraît y avoir à côté des rétrécissements à types déterminés, congénitaux et inflammatoires, des rétrécissements mixtes procédant des deux origines. La preuve clinique en est difficile à fournir. Il faudrait, chez un sujet ayant présenté depuis son enfance tous les symptômes d'une sténose congénitale, sans antécédents traumatiques ni vénériens, voir évoluer une urétrite non gonococcique (puisque c'est là le type qui nous préoccupe), longue et tenace, et dont la conséquence ultérieure serait une lésion sténosante de l'urètre, qui viendrait aggraver, en accentuant chacun de ces symptômes, la lésion première congénitale. Dans ce cas-là, on serait autorisé à conclure à un rétrécissement mixte. Nous n'avons pas trouvé de cas de ce genre, ne laissant place à aucun doute, et nous n'en avons point d'inédit à présenter. Ce type de rétrécissement n'en existe-t-il pas moins pour cela ?

Aussi bien, en traitant ce court chapitre de pathologie urinaire, nous n'avons point voulu créer de type nouveau, mais seulement soulever une question à laquelle nous n'avons pu répondre d'une façon absolument affirmative en l'absence de faits nettement positifs.

OBSERVATIONS

Observations I et II

(Résumées)

(Oraison, *Bull. et mém. Soc. méd. et chirurgie.*, Bordeaux, 1905)

Sur deux cas de rétrécissement congénital de l'urètre, dont l'un s'était accompagné de rétrécissement total du canal antérieur depuis le méat jusqu'au cul-de-sac du bulbe, observés à l'hôpital du Tondu, dans le service de M. Pousson.

1° Il s'agit dans le premier cas d'un malade de 32 ans ne présentant aucun antécédent. Sa miction a toujours été gênée. A l'âge de 13 ans, on l'opère d'un phimosis très serré, et on lui débride son méat très étroit. Mais la miction reste toujours pénible et douloureuse, et quelquefois impossible. A l'examen, le méat très étroit est entouré d'une zone blanche nacrée assez étendue, très dure, d'aspect cicatriciel. L'urètre est dur à la palpation, depuis le méat jusqu'au cul-de-sac du bulbe. Une fine bougie conductrice peut seule passer, et permet de constater que l'urètre est rétréci dans toute sa longueur et d'une grande dureté. Pas de sucre dans les urines, ni malformation d'aucune sorte ; état général excellent. Urétrotomie interne et dilatation consécutive jusqu'au 40 Béniqué.

2° Affection analogue chez le frère qui ne présente non plus aucun antécédent. A toujours uriné lentement ; présentait également un phimosis congénital opéré depuis.

A l'examen, trois rétrécissements : l'un glandulaire, le deuxième pénien, le troisième, le plus serré, au niveau du cul-de-sac du bulbe. Urétrotomie et dilatation.

Observation III

(Résumée)

(Pousson, *in* thèse Lhept)

M. B., 23 ans, sans antécédents, a toujours eu de la lenteur des mictions. A l'occasion d'une crise de rétention, l'examen pratique permet de constater : l'existence d'un hypospadias balanique, avec incurvation du gland, et rejet du prépuce à la face dorsale ; l'orifice urétral admet un n° 14 avec peine ; rétrécissement membraneux admettant une bougie n° 11, qui donne à l'aller et au retour la sensation d'une valvule mince, tendue, vibrant au passage de l'instrument. Urétrotomie. Guérison.

Observation IV

(Résumée)

Stefanesco Galatzi (de Jassy, Roumanie). Ann. mal. org. g. u., 1906, p. 1449

P. R., 8 ans, est atteint d'incontinence diurne apparaissant à l'occasion de chaque mouvement. Bon état général. Présomption de syphilis chez le père, et émotivité extrême. L'enfant perd ses urines depuis l'âge de 3 ans, sans avoir jamais ressenti ni douleur, ni hématurie, ni fréquence la nuit ou au repos. Il présente plusieurs anomalies congénitales : large bassin, ectopie inguinale des testicules, verge petite et incurvée. A l'exploration, la boule n° 8 passe à frottement, et au retour est arrêtée par une bride occupant les trois quarts inférieurs de la circonférence du

canal à l'angle péno-scrotal. Prostate petite, molle. Reins normaux. Urétrotomie interne. Dilatation consécutive. Guérison absolue.

Observation V

(Résumée)

Bazy. — Société de chirurgie, 19 juillet 1905

Atrésie congénitale par persistance partielle de la membrane cloacale.

I., 24 ans. Pas de traumatisme, ni blennorrhagie, ni échauffement. Trois mois auparavant pisse du sang sans cause apparente. Urine toutes les demi-heures. Ne peut uriner que couché et en comprimant sa vessie. Testicule droit atrophié situé à l'orifice inguinal. A l'exploration, le n° 17 est arrêté dans la région périnéale moyenne. Le n° 13 passe avec ressaut.

Observation VI

(Résumée)

Sikora. — Cité par Bazy (19 juillet 1905)

Rétrécissement congénital de l'urètre suivi de rétention aiguë d'urine à la suite d'une laparotomie pour appendicite.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans porteur d'un hypospadias glandulaire. Avec la bougie à boule n° 7 on constate : un premier rétrécissement de la fosse naviculaire, un deuxième au milieu de la région pénienne, un troisième à la région bulbaire. « Il est évident que, dans ce cas, il s'agissait de malformations multiples qui paraissent avoir eu pour siège le tubercule uro-génital, plutôt que de valvules résultant de la persistance partielle de la membrane cloacale. »

Observation VII

(Résumée)

Churchmann (Johns Hopkins Hospital Bulletin, juillet 1905)

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, qui fut pris subitement de douleurs brûlantes à la miction, d'une envie d'uriner impérieuse, et d'hématurie avec caillots. A l'examen de l'urètre on trouve deux rétrécissements ; l'un à 12 m/m du méat de 18 m/m de long, l'autre dans l'urètre membraneux ; entre les deux, l'urètre a conservé toute sa souplesse. La forme cylindrique du rétrécissement, l'absence de tout antécédent traumatique ou vénérien, firent penser à un rétrécissement congénital. Dilatation pénible poussée jusqu'au n° 22. Disparition des hématuries. Guérison.

Observation VIII

(Résumée)

Dieulafé et Gilles (Annales mal. org. gén. ur., 1905, p. 1415)

Dilatations et rétrécissements congénitaux de l'urètre.

Fœtus né à terme et atteint de déformations multiples : absence d'orifice anal, atrésie de l'œsophage, verge énorme à bord inférieur convexe (12 c/m) et à bord supérieur concave (7 c/m). Méat filiforme. Première dilatation à la portion spongieuse, limitée en arrière par une épaisse cloison semi-lunaire occupant la portion inférieure et les parois latérales du canal. Une autre cloison plus épaisse à 18 m/m en arrière isole un deuxième segment pénien dilaté. Une troisième cloison à l'extrémité de la région spongieuse délimite un troisième segment long de 22 m/m ayant un diamètre de 10 m/m. Le reste du canal est normal.

Observation IX

Recueillie à la clinique des voies génito-urinaires de l'Ecole de médecine

R., 15 ans, d'apparence chétive, paraît plus jeune que son âge. Le malade se plaint de difficultés de la miction en même temps que de douleurs terminales. Dans l'intervalle des mictions, léger suintement urétral; chaque miction est suivie d'incontinence post-mictionnelle.

L'exploration de l'urètre donne les résultats suivants : avec la boule n° 10, premier arrêt périnéal qui peut être franchi, mais l'explorateur est arrêté à la portion membraneuse; ce deuxième rétrécissement laisse passer une bougie 6 légèrement serrée. Quelques jours après, une bougie 12 passe avec peine. La gêne et les douleurs persistent. (L'enfant n'a plus reparu à la clinique.)

En l'absence de tout antécédent inflammatoire ou traumatique, il s'agit probablement là d'un rétrécissement de l'urètre périnéo-bulbaire et membraneux d'origine congénitale.

Observation X

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Escat

Ph., 33 ans, vient en mars 1907. N'a jamais eu de blennorrhagie, ni de traumatisme urinaire. A toujours eu un jet d'urine très faible. A 18 ans, rétention d'urine pendant quelques heures après de l'excitation génitale. Gêné pour uriner depuis sept ou huit ans. Fréquence des mictions, deux fois la nuit, huit fois le jour. Marié depuis huit ans, n'a pas d'enfants. Examen de l'urètre : rétrécissement périnéal, bride et rétrécissement annulaire ; la bougie 7 est très

serrée. La vessie ne se vide pas. Prostate normale. Petit noyau d'épididymite à gauche. Quelques jours après, je puis passer une bougie plus forte, 8, 9; je crois la dilatation possible. J'interroge à nouveau le malade qui me dit avoir eu un peu de cystite étant au régiment. Malgré sa sincérité visible, je ne puis établir l'existence antérieure d'une blennorrhagie. Sa cystite fut guérie rapidement par des balsamiques ; il ne tâchait pas le linge en dehors des mictions. Je conclus à un rétrécissement congénital.

Observation XI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Escat

Rétrécissement congénital de l'urètre balanique et pénien. Urétrite non gonococcique. Infection urinaire. Néphrite albuminurique contrôlée par le cathétérisme de l'uretère. Dilatation du canal. Rétrocession progressive de l'albuminuric qui tombe en sept mois de 5 grammes à 0 gr. 73 en 24 heures. Retour à la santé.

En novembre 1905, je vois, avec mon confrère le docteur Cassoute, médecin des hôpitaux de Marseille, le jeune J., âgé de 21 ans, qui se plaint d'urines troubles et albuminuriques (2 gr. 50 par litre, 4 à 5 gr. en 24 h.).

Il y a du pus dans l'urine, mais la quantité de pus n'explique pas la quantité d'albumine ; cette dernière est plus abondante le soir que le matin ; il s'agit visiblement d'une albuminurie rénale. L'habitus extérieur est celui d'un bacillaire, la constitution délicate. Le malade avait été mis au régime lacté pendant quelques jours.

Le palper des reins est négatif. A l'examen de l'urètre, on constate un hypospadias balanique avec rétrécissement congénital du méat ; une goutte blanche vient sourdre au méat (examen microscopique). Il n'y a pas et il n'y a jamais

eu de gonocoques. Le malade n'a eu aucune affection vénérienne, ni blennorrhagie, ni chancre du méat.

L'examen attentif de l'urètre montre un rétrécissement qui commence au méat et s'étend dans la région pénienne ; tout le canal paraît rétréci, mais la portion pénienne est particulièrement scléreuse, rugueuse, avec les caractères classiques du rétrécissement inflammatoire. La bougie 7 est serrée, elle passe en déterminant l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Je donne au malade de l'urotropine (1 gr. matin et soir), et je commence la dilatation avec l'intention de faire le cathétérisme cystoscopique des uretères dès que le canal permettra le passage du cystoscope. Il importe, en effet, de savoir si cette albuminurie avec pyurie légère émane d'un seul rein ou des deux reins. Malgré l'absence de bacilles de Koch dans l'urine, on craint une tuberculose rénale.

Dès la deuxième dilatation, le n° 11 est engagé, et la dilatation est continuée jusqu'au 26, 27, en dix séances ; peu à peu on voit les urines s'éclaicir et le pus diminuer.

Le cathétérisme des uretères pratiqué facilement, montre une lésion bilatérale et à peu près égale pour chaque rein. Les analyses chimiques ont été faites rigoureusement par M. Telmon, pharmacien à Marseille.

Je conclus à un rétrécissement congénital de l'urètre associé à une néphrite double.

Je ne croyais pas qu'il y eût de relation entre la lésion du canal et celle des reins, et grand fut mon étonnement lorsque, sept mois après, le 28 mai 1907, je revois le malade bien portant et n'ayant plus que 0 gr. 73 d'albumine, au lieu de 4 et 5 gr. (en 24 h.).

Il est permis de supposer que le rétrécissement congénital de l'urètre a ici des relations, sinon complètes, du moins très importantes avec les lésions rénales. Ces dernières se

sont améliorées progressivement par le seul effet de la dilatation et de l'urotropine ; le régime alimentaire suivi a été très substantiel et varié.

Observation XII

Recueillie à la clinique du professeur Escat

B., 44 ans, Aient à la clinique en décembre 1906 pour gêne de la miction, dont il dit souffrir depuis cinq à six ans. Jusque-là ne s'était pas aperçu de la petitesse de son jet. A noter dans ses antécédents : une première blennorrhagie à l'âge de 17 ans, qui dura trois mois ; une deuxième blennorrhagie à vingt ans, d'une durée indéterminée, avec rechutes ou récidives depuis. Orchite sans motif apparent il y a un an, au cours d'une pneumonie grave.

L'examen de ce malade permet de constater : un premier rétrécissement valvulaire du méat d'origine congénitale. La boule déprime le méat dont l'orifice admet une bougie 6 ou 7. Jet filiforme. Rétention incomplète. Urines claires. Deuxième rétrécissement périnéo-bulbaire admettant le n° 10 serré, probablement d'origine blennorrhagique ? Dilatation progressive.

Observation XIII

(Inédite)

Observation due à l'obligeance de M. le docteur Pluyette, chirurgien des hôpitaux, et de M. le docteur Escat, chargé de cours à l'Ecole de médecine

(Résumée)

Rétrécissement congénital de l'urètre. Une rétention d'urine au cours d'une fièvre typhoïde révèle la lésion. Uréthrotomie interne d'urgence. Guérison.

Le 27 avril 1906, X., âgé de 22 ans, atteint de fièvre typhoïde classique, présente à la période d'état de la gêne

pour uriner et de la rétention incomplète avec distension vésicale. Bien que la période de sa maladie légitime les hautes températures de 39 et 40 et l'état grave, il est visible qu'un élément nouveau aggrave la situation.

Des efforts douloureux pendant la miction attirent l'attention sur les voies urinaires. Les urines sont louches et s'échappent par petit jet ou par regorgement : on pense à une rétention d'urine banale, comme on peut en voir dans une fièvre typhoïde. Le jeune âge du sujet, les renseignements *particulièrement précis* que nous pouvons avoir sur les antécédents, écartent l'idée d'un rétrécissement blennorrhagique ou traumatique. Un cathétérisme est tenté par deux médecins, mais la sonde est arrêtée dans la partie profonde du canal. L'exploration de la prostate ne révèle pas d'abcès. L'explorateur à boule s'arrête plus profondément que le bulbe. La boule n'est pas sentie dans le périnée. Une sonde béquille n° 16 ne passe pas ; la même sonde montée sur mandrin Béniqué est arrêtée, même en suivant rigoureusement la paroi supérieure. On a la sensation d'être arrêté par un pli muqueux, on n'a pas de sensation de rugosité. Trois petites bougies étant introduites ensemble jusqu'à l'obstacle, on parvient à en engager une n° 6 : elle n'est pas très serrée. On l'enlève, car elle est un peu grosse pour être laissée à demeure. Le malade vide assez bien la vessie dans la soirée, comme on le constate au bi-palper.

Mais le lendemain, la rétention reparaît. On décide l'uréthrotomie interne. Après des tentatives assez longues, on passe un conducteur. Uréthrotomie avec l'instrument de Maisonneuve. Anesthésie locale à la stovaïne. Section d'un anneau de consistance ferme. Sonde à bout coupé n° 15 ; la sonde est laissée à demeure huit jours. On note une amélioration de l'état général, le malade entre à ce

moment dans la période des grandes oscillations thermiques, sa langue est meilleure.

La sonde enlevée, un frisson urinaire se produit le jour même, au moment de la première miction. On la replace pendant quelques jours ; tout rentre dans l'ordre et la convalescence s'opère régulièrement.

La dilatation a été complétée jusqu'au Béniqué 60, après la convalescence. On a pu se rendre compte qu'un côté de la circonférence du canal était lisse et laissait glisser le Béniqué, tandis qu'il ne pouvait s'engager de l'autre côté.

Les renseignements fournis oralement par le malade écartent absolument l'idée de toute urétrite antérieure. Il a simplement remarqué qu'il était toujours long pour uriner depuis son enfance ; le jet était petit. Ce cas de rétrécissement congénital nous paraît indiscutable ; le contrôle parfait des antécédents par les parents qui sont médecins, ne permet pas d'indiquer une autre étiologie.

Observations XIV à XVIII

(Résumées)

LEBRETON. — Compte rendu de la IXme session de l'Association française d'urologie

L'auteur rapporte cinq observations. Dans trois cas, le phénomène capital fut l'incontinence nocturne d'urine ; une fois il s'agissait de crise de rétention aiguë. Enfin le dernier petit malade présentait de l'incontinence d'urine diurne. Au point de vue de la stricture, le siège en était pré-membraneux dans trois cas ; périnéo-scrotal dans un cas ; scrotal dans un autre. Quatre de ces rétrécissements étaient serrés, un seul large. Ils étaient tous de forme variable : bride mince et molle, saillie en bourrelet, valvule

épaisse et molle, anneau rétréci. Les voies urinaires supérieures sont toujours restées indemnes, mais dans un cas d'incontinence nocturne, il y avait une rétention complète de 1100 gr., qui a rapidement disparu au cours du traitement. Ce traitement a toujours consisté en séances de dilatation progressive qui ont amené une guérison rapide dans tous les cas d'incontinence nocturne et diurne. Chez ce petit malade qui présentait des crises de rétention, il n'y eut que de l'amélioration sans guérison définitive. Au point de vue pathogénique, la syphilis des ascendants a pu être en cause dans un seul cas.

Observation XIX

(Résumée)

(*In* thèse Nicolas)

X., 70 ans, phimosis, balanite, orchite infectieuse. Difficulté de la miction. Rougeur érysipélateuse de la face inférieure du prépuce et des bourses. Pas d'antécédents vénériens. Rétrécissement de la partie antérieure de l'urètre.

Observation XX

(Résumée)

(*In* thèse Eybert)

X., 51 ans, ni phimosis, ni balanite. Depuis sa jeunesse gêne et cuisson à la miction. Goutte matinale depuis l'âge de 15 ans (n'a pratiqué le premier coït qu'à 25 ans). Depuis l'âge de 23 ans se sonde une fois par mois. Cystite il y a huit ans. Il y a six ans orchi-épididymite. Cathétérisme douloureux et miction difficile. Méat petit. Canal dur,

moniliforme dans la partie pénienne. Débridement et uréthrotomie interne. Guérison.

Observation XXI

(Résumée)

(*In* art. Comte)

H., 50 ans, a toujours eu de la balano-posthite par phimosis, avec jet moniliforme. Passé génital intact. Se sonde depuis l'âge de 20 ans. Depuis quelques jours n'urine que par regorgement. Premier rétrécissement de l'extrémité antérieure de l'urètre, incision. Deuxième rétrécissement au milieu de l'urètre pénien, nouvelle incision ; troisième incision d'un rétrécissement périnéal. Sonde à demeure, suture. Depuis deux mois, la partie inférieure est reconstituée. Cathétérisme quotidien.

Observation XXII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Escat

Rétrécissement du méat (congénital ou inflammatoire non gonococcique).

J., 47 ans, cultivateur, très vigoureux, n'est ni phimosique, ni diabétique, ni eczémateux ; n'a jamais eu de chancre du méat, ni d'écoulement urétral, ni de traumatisme urinaire. Cet homme est intelligent, et les renseignements qu'il donne sont précis et me paraissent dignes de foi. Je le vois en septembre 1902 pour la première fois. Depuis l'âge de 28 ans, il est gêné pour uriner, il se passe des sondes. Le docteur Pantaloni lui a fait une section du méat. Actuellement méat petit, uniformément rétréci sur ses deux

lèvres (bougie 12 serrée). Je constate également un rétrécissement périnéo-bulbaire qui admet la bougie 9 serrée. Les urines sont claires.

Je dilate le méat en deux séances jusqu'au 15, et le rétrécissement périnéo-bulbaire jusqu'au 17. Méatotomie et section de l'urètre naviculaire au bistouri. Dilatation progressive avec un Béniqué droit jusqu'au 50.

En mai 1903, récidive rapide. Je fais construire un Béniqué droit pour le malade qui ne peut uriner facilement qu'en se dilatant toutes les semaines. La dilatation est très facilement suivie de saignement, et ne peut être poussée sans douleurs au delà du 45.

Il n'est pas possible dans cette observation d'affirmer que le rétrécissement inflammatoire du méat a été précédé d'une prédisposition congénitale, mais la chose est possible. D'autre part le rétrécissement périnéo-bulbaire m'a paru le résultat de l'urétrite chronique causée par le rétrécissement du méat. Ici encore on pourrait invoquer un rétrécissement congénital préalable.

Observation XXIII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Escat

Rétrécissement inflammatoire du méat avec symphyse presque totale. Abcès péri-uréthral.

H., 73 ans, vient me trouver en février dernier pour gêne de la miction. Je constate un volumineux abcès périuréthral. Le malade n'est pas diabétique. Le méat est soudé, les deux lèvres sont réunies par une fine adhérence qui laisse visible le sillon médian. A la partie inférieure, la perméabilité du conduit persiste, et admet une fine bougie

6 ; mais je passe successivement jusqu'au n° 11. Evacuation de 350 gr. d'urine fétide, lavages au protargol.

Incision large de l'abcès qui est considérable. Incision des adhérences du méat qui se trouve rétabli dans sa forme primitive, sans qu'on puisse soupçonner qu'il y avait adhérence préalable. En sectionnant les adhérences, je me rends compte qu'il ne s'agit pas d'une de ces membranes muqueuses congénitales si fréquentes au niveau du méat, mais bien d'une symphyse inflammatoire des deux lèvres de l'orifice. Dilatation de l'urètre en deux séances (bougie 26).

Le malade a eu une blennorrhagie à 25 ans, mais il affirme que son jet est resté large et droit jusqu'à l'année précédente.

L'abcès périuréthral ne communiquait pas avec l'urètre, et il guérit rapidement. Le rétrécissement du méat a pu déterminer de l'urétrite et de la périurétrite.

Observation XXIV

Recueillie à la clinique des maladies des voies urinaires

Rétrécissement inflammatoire non gonococcique.

Art..., 34 ans. Passé urétral intact, n'a jamais eu la syphilis. Phimosis congénital. Balanite chronique avec adhérences leucoplasiques. Rétrécissement consécutif. Rétrécissement balanique admettant une boule 7. Rétrécissement pénien accessible à la bougie 6. Retrécissement périnéo-bulbaire. La corde urétrale scléro-cartilagineuse laisse passer une bougie 6 et 7. Revu six mois après. Après long traitement hygiénique du méat, on peut passer les bougies 8, 9 et 10, et dans une séance ultérieure jusqu'au 12 très serré. La corde urétrale est toujours très dure.

Observation XXV

Recueillie à la clinique des maladies des voies urinaires

B., 50 ans, vient à la clinique, le 4 février 1907, pour difficulté de la miction, qui s'est manifestée pour la première fois il y a trois mois. Le jet d'urine était très gros jusqu'à cette époque-là. Dans les antécédents, une seule blennorrhagie il y à 25 ans. Première séance de dilatation bougie 15 ; le méat a beaucoup saigné. Dans une séance ultérieure, dilatation jusqu'au 22. Le malade urine facilement. Il semble bien qu'on a à faire dans ce cas à un rétrécissement inflammatoire non gonococcique du méat.

Observation XXVI

(Résumée)

Le Fur. — Des rétrécissements de l'urètre postérieur (Annales des mal. des org. gén. urin., 1905)

Prostatite chronique primitive avec abcès du lobe gauche de la prostate et poussées périodiques de prostatite. Rétrécissement de l'urètre postérieur et urétrite antérieure. Amélioration par la dilatation et les massages de la prostate.

D., 27 ans, jamais de blennorrhagie ni d'antécédents vénériens. Il y a deux ans, fréquence des mictions et hématuries terminales ; constipation, défécation douloureuse avec prostatorrhée. Disparition et réapparition alternatives des hématuries. Douleur des mictions et des éjaculations. Ecoulement jaune-verdâtre : l'examen microscopique n'a jamais permis de trouver de gonocoques. A suivi plusieurs traitements : antiphlogistiques, lavages au sublimé, instillations au sublimé et au permanganate (Guyon). Toujours pas de

gonocoques. Apparition d'un abcès prostatique ; état général bon.

Au moment de l'examen : fréquence et douleurs de la miction, urines troubles dans le premier verre, épididyme induré, cordon douloureux ; prostate indurée et douloureuse à l'endroit où était l'abcès. « L'urètre n'est pas très notablement rétréci, mais très sensible à l'exploration, surtout dans la région située en avant du sphincter. Passage du sphincter très douloureux. La boule n° 20 est très nettement arrêtée par une saillie transversale à 2 c/m. en arrière du sphincter... Une boule 16 réussit à franchir l'obstacle, accrochant très nettement à l'aller et au retour une bride membraneuse qui se trouve à 2 c/m. en arrière du sphincter. » Urétrorrhagie consécutive. Vessie semble saine.

Résidu : 10 à 20 grammes.

Examen histologique et bactériologique :

A. — Lames de sécrétion urétrales : nombreux leucocytes polynucléaires ; nombreuses cellules épithéliales (formes polygonales, fusiformes et cubiques).

B. — Lames de sécrétions prostatiques : très rares microbes uniquement constitués par un gros diplocoque extracellulaire prenant le Gram.

C. — Dépôts urinaires : aucun microbe pathogène.

Traitement : Massage de la prostate et dilatation de l'urètre suivie d'instillations au protargol (de 3 à 10 %).

Observation XXVII

(Résumée)

Le Fur (*loc. cit.*)

Prostatite chronique avec abcès successifs de la prostate. Rétrécissements de la région bulbaire et de l'urètre postérieur.

B., 30 ans. L'écoulement est survenu peu de temps auparavant, sans douleurs, après une garde-robe difficile, chez un malade atteint d'entérite muco-membraneuse.

Jamais de blennorrhagie.

A l'examen bactériologique, outre des leucocytes polynucléaires, quelques diplocoques. Pas de gonocoques. Les urines contiennent des filaments. La prostate est saillante et douloureuse. L'exploration avec la boule n° 23 montre « un urètre antérieur souple, non rétréci ; un léger anneau au niveau du sphincter et un arrêt dû au spasme du sphincter urétral (le malade est un nerveux). Vessie saine. Il s'agit là d'une prostatite primitive infectée d'origine intestinale. Traitement : Massages de la prostate, instillations.

Un an plus tard, l'écoulement reparaît sans cause apparente. L'examen bactériologique révèle la présence du pneumo-bacille de Friedlander.

L'exploration avec l'olive 23 montre « un anneau assez sur de la région bulbaire, et surtout un rétrécissement qui semble dur et élastique dans l'urètre postérieur ; ce rétrécissement commence presque aussitôt après le sphincter, et se poursuit dans l'urètre membraneux et prostatique, où il atteint son maximum à 2 c/m. en arrière du sphincter (resaut brusque et douloureux) ».

Observation XXVIII

(Résumée)

VANNOD (de Berne). *Annales des mal. org. gén. urin.*, 1905

X., 34 ans, robuste, eut, au cours de ces quinze dernières années, plusieurs écoulements. L'examen bactériologique pratiqué dans les meilleures conditions a toujours démontré l'absence du gonocoque.

En mars 1904, le malade se plaint d'un écoulement séreux, dont l'examen est toujours négatif au point de vue gonocoques. La prostate est agrandie, sensible, dure ; en la pressant, on fait sourdre au méat un liquide stérile. Dans la partie membraneuse de l'urètre, on sent, avec l'explorateur à boule, une partie indurée, sensible : commencement de stricture. Traitement par la dilatation. Cessation de l'écoulement. Quelques mois après, apparition d'une urétrite avec phénomènes aigus survenue après excès. Des cultures et l'examen microscopique révélèrent la présence de staphylocoques purs.

Observation XXIX

(Résumée)

PAQUET. — Urétrite chronique à streptocoques purs (*Echo médical du Nord*, juin 1904)

Il s'agit d'un malade atteint d'urétrite, dont la femme dut subir après curettage l'ablation des annexes pour métrite et salpingo-ovarite. L'examen de l'écoulement du mari permet de constater l'absence de gonocoques et la présence de streptocoques typiques (examen fait à l'Institut Pasteur de Lille). A l'exploration, on constate un léger degré de rétrécissement du canal.

Observation XXX

Keyes. — Des rétrécissements de l'urètre postérieur (*Annales des mal. org. gén. urin.*, 1905)

20 août 1896. T. J., 41 ans. Le malade, qui nie tout traumatisme ou blennorrhagie, a, depuis quelques années, des mictions impérieuses et fréquentes. Il y a un an, un abcès périnéal survint et fut évacué à l'extérieur. Depuis lors, il urinait toutes les deux heures le jour et une fois la nuit. Il y a de la douleur pendant et après la miction. L'urine est phosphatique, mais ne contient pas de pus ; urine résiduale 5 cc.

9 septembre. — Uréthrotomie externe ; col vésical fibreux qu'on incise. Convalescence sans incidents. Guérison.

Observation XXXI

(Résumée)

Keyes (*loc. cit.*)

L. M., 59 ans. N'a jamais eu de blennorrhagie. Mictions fréquentes et douloureuses.

Lithotritie pour calculs mous d'urates et de phosphates. Quelques jours après, incision d'un abcès prostatique. Huit mois après, uréthrotomie externe.

Observation XXXII

(Résumée)

Keyes (*loc. cit.*)

S. H., 64 ans. Mictions fréquentes et retardées, priapisme nocturne. Pas d'antécédents vénériens. Le lobe gauche de la prostate est gros et dur. Urine résiduale 17 cc. Pas d'in-

fection. L'uréthrotomie externe révèle un urètre postérieur et un col vésical durs et fibreux. Le lobe gauche de la prostate est augmenté jusqu'à quatre fois son volume; le lobe droit est normal. Section au thermocautère du col de la vessie jusqu'à une profondeur de 1 c/m. sur le côté droit. Pas de complications. Le priapisme cesse. Guérison sans infection ni résidu.

Observation XXXIII

(Résumée)

Keyes (*loc. cit.*)

B. H., 71 ans. En 1900, rétention chronique. Pas de blennorrhagie antérieure. La prostate n'est pas hypertrophiée. L'urine contient de l'albumine et des cylindres.

Quelques mois plus tard apparaissent des signes de calculs, de l'épididymite droite, et du pus dans les urines. L'uréthrotomie externe montre une prostate normale et un col vésical rigide et rétréci.

Extraction du calcul après incision du col.

Décès faute de soins consécutifs.

Observation XXXIV

(Résumée)

Monié (*Limousin médical*, mars 1901, p. 37-39)

Rétrécissement cicatriciel proprement dit de l'urètre consécutif à la varicelle chez un enfant de 5 ans ; urétrotomie interne ; guérison.

Un enfant de 5 ans, sans antécédents héréditaires, présente, au cours d'une varicelle bénigne, des troubles de la miction (douleurs), qui cessèrent au moment de la guérison. Six mois après, la miction est retardée et le jet, malgré les efforts du malade, est sans forces. Ces troubles s'accentuent

progressivement : fréquence des mictions, première rétention d'urine qui cède au traitement médical, et un mois après deuxième crise.

A ce moment, l'exploration est impossible avec l'explorateur à boule, qui est arrêté au cul-de-sac du bulbe ; bougie filiforme à demeure. Quelques jours après, urétrotomie, dilatation consécutive.

« Il s'agissait d'un rétrécissement consécutif à l'éruption, dans la région bulbaire, d'une bulle de varicelle. »

Observation XXXV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Escat

Rétrécissement inflammatoire non gonococcique (probablement rétrécissement mixte ?)

C., 45 ans, vient me consulter en janvier 1901 pour cystite qui dure depuis deux mois et est survenue sans cause apparente; déjà, deux ans auparavant, il avait eu une poussée semblable à Bucharest, les accidents avaient disparu rapidement. Il n'a jamais eu le moindre écoulement : le témoignage de cet homme n'est pas suspect. Je ne relève pas de traumatisme dans la région urétrale.

Exploration de l'urètre : la boule 16 est arrêtée au bulbe; un contact léger détermine un saignement abondant de l'urètre : on croirait presque que l'on touche un néoplasme. La bougie 9 passe.

Dilatation régulière les jours suivants. Amélioration progressive par l'urotropine. La dilatation a été poursuivie jusqu'aux 29 et 30. On se rend très bien compte de l'existence d'un ressaut scléreux. L'état de la prostate n'a rien montré d'anormal au toucher rectal.

Le malade continue de faire des lavages sans sonde, car il a toujours de la bactériurie. Je le suis depuis six ans. Le résultat s'est bien maintenu avec quelques dilatations.

Observation XXXVI

(Inédite)

Dr Escat. — Clinique des voies urinaires

Rétrécissement de l'urètre de cause indéterminée.

X., 19 ans, ajusteur-mécanicien aux Forges et Chantiers, vient pour rétrécissement périnéo-bulbaire (clinique des voies urinaires, 1899). Ce jeune homme déclare n'avoir jamais eu de blennorrhagie ni de maladies de femme. Mais, à l'âge de 11 ans, il a eu une inflammation du gland et du prépuce qui a nécessité une libération de son phimosis ; il ne peut dire comment cette affection est venue, ni si elle siégeait dans le canal.

Depuis plusieurs années, il est gêné pour uriner et il a déjà subi une uréthrotomie interne à l'hôpital de la Conception.

Actuellement, rétrécissement périnéo-bulbaire dur (de 13 à 14 Charrière); on constate une grande déviation du canal. J'arrive à redresser le canal par la dilatation au Béniqué, et à rendre facile le cathétérisme, jusque-là toujours suivi d'uréthrorrhagie. La dilatation menée au Béniqué 60 s'est maintenue avec une légère surveillance.

Ce jeune homme, que je suis depuis près de neuf ans, a pu se marier ; c'était un véritable infirme avant le traitement.

Est-ce un rétrécissement dû à une gonococcie non vénérienne de l'enfance ? Est-ce un traumatisme ignoré ? Ou bien encore un rétrécissement dû à une urétrite non gonococcique ?

Ce cas évidemment ne peut être classé d'une façon absolue.

CONCLUSIONS

I. L'existence du rétrécissement congénital pur de l'urètre est indiscutable ; ces rétrécissements peuvent porter sur tous les points de l'urètre, du méat à la portion prostatique.

II. Bien que les urétrites non gonococciques frappent surtout le système glandulaire plutôt que le tissu spongieux, l'existence des rétrécissements inflammatoires non gonococciques ne paraît pas douteuse, en particulier les rétrécissements de l'urètre balanique et pénien (cas de Jaboulay (*in* thèse Nicolas), cas rapportés par Eybert, cas inédits (obs. 23, 24, 25).

Leur existence dans l'urètre bulbaire est admise par quelques auteurs, mais les faits publiés sont plus discutables.

Des cas intéressants ont été publiés de rétrécissements siégeant au niveau de l'urètre postérieur, membraneux et prostatique (observations de Le Für et de Keyes), mais ils rentrent dans la catégorie des faits trop exceptionnels pour constituer un groupe bien établi. Bien qu'il soit le siège de nombreux abcès qui s'ouvrent à ce niveau, l'urètre prostatique reste toujours remarquable par sa résistance aux sténoses inflammatoires.

III. L'étiologie d'un certain nombre de rétrécissements restera toujours obscure. L'absence de blennorrhagie, de traumatisme, n'est pas douteuse ; mais le point de départ

congénital ou inflammatoire, ne peut être établi scientifiquement. Il est rationnel d'admettre la dualité d'origine et la possibilité de rétrécissements mixtes (obs. 35).

IV. Dans les maladies générales, telles que les fièvres éruptives, l'existence d'énanthèmes urétraux capables de déterminer des rétrécissements ultérieurs, repose sur des faits insuffisants.

La description clinique de ces diverses variétés de rétrécissements ne permet pas de les séparer des rétrécissements blennorrhagiques, qui ont, eux aussi, les formes les plus variées ; ils peuvent donner lieu aux mêmes complications.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALAPY. — Fünf Operationen an Blase und Harnröhre von Knaben. — *Centralblatt von Harn. und Sexual. Organe*, 1898, p. 67.

ALLEN. — May stricture of urethra be hereditary ? — Biet. M. J. London 1876, tome II, p. 85.

ASCH. — Eine neue Strikturbehandeung. — *Centralbl.* f. d. Krank. d. Harn. u. Sex. Org. Leipz., 1905, 368-371.

AUBERT. — Des urétrites bactériennes. — Lyon Médical, 13 juillet 1884.

BANGS. — Rétrécissement de l'urètre chez les jeunes gens. — *Med. Record.*, 10 avril 1897.

BANZET. — Rétrécissement congénital de l'urètre chez une femme. — Association française d'urologie, 1902.

BARBELLION. — Études chimiques sur les infections urétrales non gonococciques. — Thèse Paris, 1893-94.

BAZY. — Rapport sur une observation de Bonnet. — Société de chirurgie, 14 janvier 1903.

— Rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme. — Presse médicale, 1903, n° 19.

— Du rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme. — Bulletin Société de chirurgie, Paris, 1905, p. 462-470.

— Rétrécissement congénital. — Annales des maladies des Org. gén. urin., 1905, p. 1751.

— Rétrécissement congénital. — Annales des mal. org. gén. urin., 1906, p. 1417.

BLACKE. — Pneumococcal urethritis in the male Treatment. — London, 1905-06, p. 326-329.

BOKHART. — Uber die pseudo-gonorroische Entzündung der Harnrohre und des nebenhodens. — *Monatsch. prakt. derm.*, avr. 1886, p. 134.

BONNET. — Oblitération de l'urètre pénien par une valvule congénitale en forme de diaphragme. Résection. Guérison. — Rapport de Bazy, Soc. chirurgie, 14 janv. 1903.

Brinon. — Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'urètre. — Thèse Paris, 1896.

Burty. — Urétrites primitives aseptiques. — Thèse Paris, 1901.

Castex. — Urétrites sans gonocoques. — Journ. conn. méd., juin 1887.

Chopart. — Traité des maladies des voies urinaires.

Christen. — Beitrage zur Pathologie und Therapie der Harnrohren Strikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fallen. — *Centralbl. der Harn. und. Sex. Organe*, 1903, p. 523.

Churchmann. — A case of congen. ur. strict. — *Med. N.-Y.*, juillet 1905.

Civiale. — Traité des maladies des organes génitaux urinaires.

Commandeur. — Dilatation de l'appareil urinaire chez le fœtus par rétrécissement valvulaire congénital. — Lyon médical, 13 mars 1898.

Comte. — Archives provinciales de chirurgie, 1899, p. 181.

Deschamps. — Du rétrécissement congénital de l'urètre. — Revue d'hyg. et de méd. infantile, Paris, 1906, p. 200-202.

Desnos. — De l'étroitesse congénitale du méat ; ses complications. — Annales maladies org. gén. urin., 1887.

— Remarques sur 500 cas de rétrécissement de l'urètre. — Annales mal. org. gén. ur., 1891.

— Traité élémentaire des maladies des org. gén. urin., 1898.

Dieulafé et Gilles. — Du rétrécissement congénital. — Annales des mal. org. gén. ur., 1906, p. 1415.

Dittel. — Strikturen der Harnröhre deutsche Chirurgie. — *Lieserung* 49 (contient toute la bibliographie jusqu'en 1902).

Dubois. — L'atrésie du méat urinaire chez l'homme. — Thèse Lille, 1901.

Englisch. — Ueber Stenosen der thetren bei Neugeborene. — *Mitth. d. aerztl. Ver. in Wien.*, 1874, p. 77-80.

— Des valvules et diverticules congénitaux de l'urètre. — *Wien. med. Presse*, 1879, n° 44.

— Ueber angeborene Verschliessungen med. Verengerungen der männlichen Harnröhre. — *Arch. f. Kinderheilkunden*, Stuttgard, 1881.

— Ueber angeborene Verengerung der Harnröhre bei Hypospadie und ihre Folgen. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1889. n°s 40-43.

Eraud. — Une observation de blennorrhagie primitive bactérienne. — Lyon médical, 1897, n° 20, p. 73.

— Des urétrites non gonococciques. — Congrès d'urologie, Paris, oct. 1897.

Escat. — Association française d'urologie, Paris. 1898, p. 165.

EYBERT. — Du rétrécissement vrai de l'urètre consécutif à l'atrésie du méat et au phimosis. — Thèse Lyon, 1905.

FAITOUT. — Des urétrites non gonococciques. — Gazette des Hôpitaux, 1896, p. 99.

FELEKI. — Beitrage zur Aetiologie der Harnröhrenstrikturen. — *Wiener Klinische Rundschau*, 1895, nos 34, 35, 36.

FOISY. — Le rétrécissement congénital de l'urètre. — Thèse Paris, 1905.

FORGUE. — Traité de Chirurgie.

— Précis de pathologie externe.

FURNAUX-JORDAN. — Sur les effets de l'étroitesse congénitale du méat urinaire chez l'homme et chez la femme. — *The Lancet*, 21 janvier 1886.

GALATZI. — Du rétrécissement congénital de l'urètre. — Annales mal. org. gén. ur., 1906, p. 1449.

GARDNER. — Congenital stenosis of the uretra. — *Med. Record N.-Y.*, 1905, p. 1013-1017.

GARNIER. — Considérations sur l'étiologie des rétrécissements de l'urètre. — Arch. méd. belge, Bruxelles, 1893.

GETZ. — Etiologie des rétrécissements de l'urètre.— *Medical Record*, 10 nov. 1894.

GILLES. — Société anatomique de Toulouse, 5 mai 1904.

GONTIER. — Sur un cas d'urétrite à coli-bacille avec épididymite.— Arch. méd., Toulouse, 1903, p. 153-156.

GROSZ. — Ueber nicht gonorroische Uretritis. — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Wien. u. Leipzig, 1905, p. 39-50.

GUEPIN. — Faux rétrécissement de l'urètre. — Progrès méd., mai 1893.

GUIARD. — Des urétrites non gonococciques. — Annales mal. org. gén. ur., 1897, p. 448.

GUIBÉ. — Rétrécissement congénital de l'urètre. — Société anatomique, 22 décembre 1895.

GUTERBOCK. — Die chirurgischen Krankheiten der Harn und mannlichen Gechlechtsorgane, 1890, p. 171.

GUYON. — Des vices de conformation de l'urètre chez l'homme et des moyens d'y remédier. — Thèse d'agrégation, Paris, 1863.

— Traité des maladies des voies urinaires.

HAMON. — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme. — Th. Paris, 1901.

HUNTER. — Traité des maladies vénériennes.

DE. — Stricture of the urethra in a young Boy. — *Med. Record*, 1898, 28 mai.

JAMESON. — Congenital stricture of urethra. — Three in number Daniel's Texas M. J. Austin, 1886-87, p. 355, 357.

JANET. — Quelques cas d'urétrites aseptiques et infectieuses primitives. — Assoc. franç. d'urologie, 1897.

KALLIOUZIS. — Sur les rétrécissements congénitaux de l'urètre chez l'homme. — Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1905, p. 697.

KEYES. — Rétrécissements, inflammatoires de l'urètre postérieur. — Annales mal. org. gén. urin., 1905.

KUTNER. — Beitrag zû der Storungen der Harnentleerung bei Kindern und ihrer Behandlung. — *Bert. kli. Woschenschrift*, 1898, nº 19.

LAVENANT et TRASTOUR. — Les urétrites à entérocoques. — Trib. méd. Paris, 1905, p. 773-775.

LEBRETON. — Cinq cas de rétrécissements congénitaux de l'urètre, — Ass. fr. d'urologie, 1905, Paris, 1906.

LEFÜR. — Des rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur et de leur traitement. — Association fr. d'urologie, Paris, 1905, p. 431-433.

— Annales mal. org. gén. ur., 1905.

LEGENDRE. — Un cas d'urétrite goutteuse. — Journ. de méd. de Paris. 1893, p. 130.

LEGRAIN. — Urétrite survenue chez un convalescent de fièvre typhoïde. — Annales gén. ur., 1889, p. 291.

— Les microbes de l'urètre. —Thèse Nancy, 1888-89.

LEGRAIN et LEGAY. — Sur un cas d'urétrite sans gonocoques avec complication d'épididymite. — Annales mal. org. gén. ur., 1891, p. 706.

LHEPT. — Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'urètre. — Thèse Bordeaux, 1906.

LOEB. — Ueber urethritis non gonorrhoica und Irritations urethritiden. — *Monotsb. f. Urol.* Berlin, 1905, p. 193-209.

LOUMEAU. — Rétrécissement congénital et calcul de l'urètre. — Annales de la policlinique de Bordeaux, sept. 1896.

LUSTGARTEN et MANNABERG. — Die mikroorganismen der normalen mannlichen Urethra. — *Vierteljahreschrift f., Dermatologie u. Syph.*, 1887, p. 405.

MACAN. — Congenital stricture of the urethra in an enfant. — *Brit. M. J.*, 1887, p. 513.

MAGNUS (H.). — Ueber eine anomalie der mannlichen Harnrohre. — *Wirchov's archiv.*, Bd. 47, S. 307.

MALHERBE. — Note sur un cas d'uréthrite aiguë à staphylocoques. — Annales mal. org. gén. ur., 1901, p. 130-136.

MALHERBE, OLIVE, LÉCUYER. — Urétrite staphylococcique par coït *ab ore*. — Sem. méd., n° 4, 25 janvier 1905.

MAPATHER. — Congenital narrowness of uretra. — *Brit. med. Journ.*, 19 septembre 1868, p. 311.

MINET. — Difficulté de diagnostic des rétrécissements urétraux. — Bull. méd. Paris, 1906, p. 103-106.

MINGUET. — De la pluralité des urétrites. — Th. Paris, 1891-92.

MONIÉ. — Rétrécissement cicatriciel proprement dit de l'urètre consécutif à la varicelle chez un enfant de 5 ans. — Annales gén. ur., 1905, p. 359.

— Limousin médical, mars 1904, p. 37-39.

NEUHAUS. — Ueber Strikturen der männlichen Harnröhre. — *Ber. Klin. Wochnschr.*, 1905, p. 1569-1595.

NICOLAS. — Sur une variété peu connue de rétrécissement pénien. — Thèse Lyon, 1890.

NOGUÈS. — Des urétrites non gonococciques. — Ass. fr. d'urologie, Paris, 1897.

— Infections urétro-prostatiques dues à un micro-organisme particulier. — Annales mal. org. gén. ur., 1899.

NUNEZ. — Vices de conformation de l'urètre des femmes. — Th. Paris, 1882.

ORAISON. — Rétrécissement congénital de l'urètre. — Journ. de méd. de Bordeaux, 25 mars 1900.

— Deux cas de rétrécissements congénitaux. — Bull. et mém. Soc. méd. et chir. Bordeaux, 1905.

ARTMANN. — Ein Fall von Striktura urethrae infolge Kongenitaler Phimose. — *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex. Org.*, Leipsig, 1904, p. 307-310.

TIS. — Contracted meatus urinarius as a cause of. spasme at the neck of the bladder an hydronephrosis. *N.-Y., med. Record.*, 1882, 8 avril.

ANICHI. — Contributo alla studio delle urethriti non blenn., 1904.

AQUET. — Urethrites à streptocoques purs. — Echo méd. du Nord. Lille, 1904, p. 269.

OROSZ. — Urethritis non gonococcica und ihre complicationen. *Monatsberichte für Urologie*. Berlin, déc. 1904, p. 641-647.

ATRIS DE BROE. — Etude sur la pathogénie des complications de la blennorrhagie. — Thèse Paris, 1889.

ETIT et WASSERMANN. — Microorganismes de l'urètre normal. — Annales des mal. org. gén. ur., 1891, p. 378.

PHILIPS. — Traité des maladies des voies urinaires.

PICARDOT. — Recherche sur les anomalies congénitales du canal de l'urètre. Thèse Paris, 1858, p. 17.

PIRONDI. — Maladies des voies urinaires, 1878.

POLAILLON. — Rétention d'urine produite chez un fœtus par une valvule. — Société de chirurgie 1874.

PONCET. — Société médicale de Lyon, mai 1881.

PORAK. — Valvule uréthrale chez le fœtus. — Soc. obst., juin 1895.

PORGES. — Ueber nicht gonorroische metastasirende urethritis, 1904.

RAUZIER. — Gazette hebd. des sciences méd. de Montpellier, 18 et 25 février 1888.

RAVOGLI. — De la goutte. — *N.-Y. med.*, 4 et 12 janvier 1902

REBOUL. — Rétrécissement congénital de l'urètre. — Association franç. d'urologie 1903.

— Echo méd. des Cévennes, Nimes, 1904, p. 97-99.

RELIQUET. — Œuvres complètes réunies et publiées par Guépin. — Paris, 1895, t. V.

REVERDIN. — Anomalies de l'urètre dans sa portion prostatique. — Soc. anatom., 1869, p. 240.

RICHET. — Gazette des hôpitaux, 1882.

RIES. — Ueber Harnverhaltung. *Monastschr. f. Harnk. u. Sex. Hyg.* Leipzig, 1905, p. 211-227.

RINDFLEISCH. — Eine Vergrosserung des Caput galligaginis als Ursache congenitale Ischurie und Hydronephrox. — *Arch. gén. Path. Anat.*, 1880, p. 521-523.

ROMANY. — Séméiologie des écoulements urétraux. — Thèse Paris, 1882.

ROUBIER. — Méd. mod., janvier 1893.

ROUSSE. — Gazette des hôpitaux, 1882.

ROY. — Contribution à l'étude des rétrécissements du méat et de la portion balanique de l'urètre. — Thèse Bordeaux, 1893.

SANDO IOSIPOVICE. — Ein Fall von Urethritis verursacht durch Infektion mit bact. c. comm. — *Centralbl. f. Harn. u. Sex. Org.*, 1896, p. 663.

SCHUHART. — Hydronephrosen Bildung bei geringen Verengerungen der unteren Harnwege.— *Deustche Zeit. f. chir.* XV, 1881.

SCHWARTZ. — Intern. Klin. Rundschau, 1891, n°s 22 et 27.

SIGALL. — Ein Fall von Angeborener Harnöhre Verengerung Kœnigsberg, 1890.

DE SEMET. — Des rétrécissements du canal de l'urètre. Mém. couronné, publié par l'Acad. de méd. de Belgique, t. VI, 1880.

SERRIÈRE. — Du rôle de la prostate dans la genèse des urétrites spontanées. Thèse Lyon, 1904-05.

STEIN. — Congenital malformation of the male uretra. — *Medical Record*, 12 juillet 1890.

STENCZEL. — Zur Kasuistik der Obturationstenosen der Harnröhre. — *Wien. med. Wochnschr.*, 1906, p. 1593-98.

SYME. — Congenital stricture of the uretra. *British. Med. Journal*, 1862.

TÉDENAT. — De l'atrésie du méat urinaire. — Annales mal. org. gén. ur., 1883, p. 231.

THEILE. — Angeborenes Hinderniss der Katheterismus. — *Journal für Chirurgie*, 1846.

THOMPSON. — Traité des maladies des voies urinaires, 1875.

TOLMATCHEW. — Ein Fall von semilunaren klappen der Harnröhre und der vergrosseter vesicula prostatica.—*Wirchow's Archiv.*, Bd. 49, S. 348.

TURBURE. — Les urétrites goutteuses. — Thèse Paris, 1887.

VELPEAU. — Journal des connaiss. méd. chirurg., 1846, p. 39.

— Anat. chirurg.

VOILLEMIER. — Traité des maladies des voies urin, 1868, p. 567.

VOITURIEZ. — De quelques malformations de l'urètre au point de vue du développement. — Annales des maladies org. gén. urin., 1887, p. 534.

WIESS. — Beitrage zu den angeborenen Verengerungen der mannlichen Harnröhre. - *Pragel Vierteljahrschrift*, Bd. 4, S. 311, 879.

WITTOUCH.— Observation sur un cas de rétention d'urine produite par une membrane. — Annales Soc. méd. chirurg. de Bruges, 1847, p. 361.

WOSS. — Eingenthumliche Bildung der Harnrohren mundlung. — *Deutsche Klinik*, 1858, n° 31.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 31 Mai 1907.

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 1er Juin 1907.

Le Recteur,

ANT. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.